Aus der psychomedizinischen Abteilung
der Universitäts-Kinderklinik
(Kaiserin Auguste Victoria Haus)
Berlin-Charlottenburg
Leiter: Prof. Dr. med. Gerhard Kujath †

Katamnestische Untersuchungen an kindlichen und jugendlichen Wegläufern (18 Fälle)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des medizinischen Doktorgrades
an der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Ingrid Puller
aus Berlin

1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533913_0042

Aus der psychomedizinischen Abteilung
der Universitäts-Kinderklinik
(Kaiserin Auguste Victoria Haus)
Berlin-Charlottenburg
Leiter: Prof. Dr. med. Gerhard Kujath †

Katamnestische Untersuchungen an kindlichen und jugendlichen Wegläufern (18 Fälle)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des medizinischen Doktorgrades
an der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Ingrid Puller
aus Berlin

Referent: Professor Dr.med. Gerhardt N I S S E N

Korreferent: Professor Dr.med. R e m s c h m i d t

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert: am 14.10.1975

Druck: Zentrale Universitätsdruckerei, V a A 4

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. med.
Gerhard KUJATH, gestorben am 28. 10. 1974, gewidmet.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	
1. Thema	6
2. Literaturüberblick	
a) Zur Genese des Weglaufens	6
b) Zur Prognose des Weglaufens	9
II. MATERIAL UND METHODIK	
1. Krankengut	11
2. Methodik	
a) Hausbesuche	12
b) Interviews	12
c) Gesamtbeurteilung	15
III. ERGEBNISSE	
1. Befolgung weiterer Therapie	17
2. Schul- und Berufsausbildung	17
3. Arbeitssituation	17
4. Weglaufen	17
5. Sonstige psychische Auffälligkeiten	19
6. Kriminalität	20
7. Körperliche Erkrankungen	20
8. Heirat, Scheidung	20
9. Gesamtbeurteilung	21
IV. DISKUSSION	
1. Krankengut	24
2. Methodik	25
3. Zur beruflichen Situation der Wegläufer	26
4. Zum Weglaufen	27
5. Sonstige psychische Auffälligkeiten	28
6. Zur Kriminalität	29
7. Erkrankungen; Heirat, Scheidung	32
8. Zu den Cerebralschäden	32
9. Gesamtbeurteilung und Prognose	32
V. ZUSAMMENFASSUNG	35
VI. LITERATURVERZEICHNIS	37

Seite

TABELLEN

Tabelle 1: Ausgangssituation der Probanden 13

" 2: Ergebnisübersicht der katamnestischen Befragungen 16

" 3: Altersbeginn von Weglaufen-Therapie-Kriminalität, Therapiedauer 18

" 4: Altersbeginn des Weglaufens mit Anteil der später Kriminellen 19

" 5: Aufschlüsselung der Delikte 20

" 6: Gesamtbeurteilung 21

" 7: Altersverteilung der Befunde 21

" 8: Verteilung der Befunde nach Wegläufergruppen 22

ANHANG: KASUISTIK 43

I. EINLEITUNG

1. Thema

Weglaufen - zumeist kombiniert mit weiteren Verhaltensstörungen - ist im Kindes- und Jugendalter ein relativ häufiges (ca. 500 - 1000 "Trebegänger" in Berlin-West) (36) Symptom unterschiedlicher Genese von beachtlicher sozialer Relevanz. Im internationalen Diagnosenschlüssel (ICD) der Weltgesundheitsorganisation erscheint Weglaufen unter den 9 Positionen von "Persönlichkeitsstörungen". Es muß oft als Ausdruck beginnender Verwahrlosung und besonderer Affinität zur Delinquenz gewertet werden. Nicht immer ist eine gerechte prognostische Beurteilung des Wegläufers möglich. Deshalb wird in dieser Arbeit untersucht, wieviele von den ehemals auf der Heilpädagogischen Station des Kaiserin Auguste Victoria Hauses befindlichen Wegläufern sich kriminell entwikkelt haben, welche psychischen Faktoren hier vorhanden waren und welchen Gesamtstatus sie bislang erreichten.

2. Literaturuberblick

a) Zur Genese des Weglaufens

Mit der Erforschung und Differenzierung der Ursachen des Weglaufens im Erwachsenenalter beschäftigt man sich bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts, und zwar bevorzugt in der französischen, anschließend in der deutschen Literatur (CHARCOT, SCHULTZE, ASCHAFFENBURG, DONATH). Fortlaufen wird hier zu den epileptischen Zustandsbildern gezählt. Die nach der Jahrhundertwende folgenden Arbeiten von HEILBRONNER, PICK, SEIGE, STIER (mit der ersten großen Monographie), SCHRÖDER, HOMBURGER und SCHNITZER befassen sich mit den psychologischen Hintergründen des Weglaufens bei Kindern. AICHHORN interpretiert jugendliche Ausreißer erstmalig in Anlehnung an die psychoanalytischen Theorien Sigmund Freuds. TRAMER untersucht vaganten (Arbeitswanderer, Wanderarbeiter) und findet in der Heredität Alkoholismus beim Vater. 1931 beginnt mit GRUHLE die bis heute gebräuchliche Differenzierung in Poriomanien und Weglaufen aus psychologischen Gründen.

weitere Arbeiten folgen u. a. 1933 von SKOWRONEK, 1934 von MAYER über den "Wandertrieb", von SCHLIEBE "Selbstberichte jugendlicher Ausreißer" mit Bezug zum Suicid. 1940 wird von RIEMER die schwere narzistische Störung des Weglaufers betont. In den 50er Jahren berichtet BERGERON über das Fortlaufen als bio-psycho-soziologischen Komplex. Über die "Vagant Children In Germany" in unmittelbarem Zusammenhang mit der Nachkriegszeit publiziert ROTTER bei den Vereinten Nationen. Ausführliche analytische Fallbeschreibungen jugendlicher Fortläufer und Diebe legt FUCHS-KAMP vor; an grundsätzlichen Gemeinsamkeiten weisen deren Lebensgeschichten auf: unvollständige Kinderstube, grobe Auffälligkeiten oft neurotischer Art bei Eltern, Großeltern oder sonstigen Pflegepersonen, Vater gewalttätig oder zu weich, Mutter laut und hart, launisch und erregbar, Dasein als unerwunschte Kinder, Erziehung im Wechsel von Hemmung und Verwöhnung, Aufwachsen in innerer Verlassenheit mit den Resultaten depressiver Erwartungslosigkeit, Lahmheit einerseits - amorphes willkurliches Handeln andererseits, Beginn mit Fortlaufen im Vorschulalter, große Schwierigkeiten im Verhältnis zur beruflichen Arbeit. - RENNERT und WISSFELD grenzen die Poriomanien weiter ab; in Spontan- und Reaktivfortläufer unterteilen SCHMIDT und BERGER. Daß Streunen auch im Zusammenhang mit Vatersehnsucht stehen kann, beschreibt WIESENHÜTTER. JARDIN und FLAVIGNY stellen bei Kindern mit sehr schwachem Vaterbild Fortlaufen fest als Ausdruck erster Autonomiewünsche. SZONDI spricht von einer überspannten Suchtendenz, die a) als Verstimmung, Depression nach einem realen oder vermeintlichen Objektverlust oder aber b) in Form irgend einer Suchtkrankheit auftreten kann: "Die Person ist in der Phase des ewigen Suchens unfähig geworden, am alten Objekt zu haften. Insbesondere finden wir diese Art von Kontaktstörung bei Hysterie, Homosexualität, Melancholie und bei der Süchtigkeit. Oft zeigen diese Menschen auch die paroxysmale Neigung zum Ausreißen." Das Symptom gilt also auch für das Erwachsenenalter als ernsthaft zu bewerten. DÜHRSSEN ordnet Weglaufen unter die "neurotische Verwahrlosung" ein und unterteilt - auf den fließenden Übergang hinweisend - in Durchbruchsreaktion und

gewohnheitsmäßige Ersatzbefriedigung. Letztere ist therapeutisch wesentlich schwerer korrigierbar und prognostisch fragwürdig. Auch LEMPP beschreibt zwei Formen von Wegläufern: 1) den triebhaften, meist leichtgradig organisch geschädigten, motorisch unruhigen und 2) den milieureaktiven, neurotischen Wegläufer. "Der eine läuft weg um zu erleben, der andere um gesucht zu werden." In testpsychologisch projektiven Untersuchungen offenbart sich häufig eine schwere depressive Verstimmung, die LEMPP als existentielle Neurose auffaßt.

Für SCHIRMER stellt sich das unmotivierte Fortlaufen in Anlehnung an LEONHARDs Trieb- und Instinktlehre als ein aus der individuellen und Stammesentwicklung erklärbares normales Phänomen dar, welches auf der Basis verschiedener Krankheitsprozesse oder dazu disponierender Persönlichkeitszüge abläuft. Innerhalb dieses entwicklungsgeschichtlichen Konzepts wird auch die Periodizität des spontanen Weglaufens als biologische Gesetzmäßigkeit erkannt. Spontanes Fortlaufen bei jungen Mädchen ist zumeist als "periodisches, sexuell-triebbestimmtes Geschehen" abzugrenzen.

Empirisches Material über soziale Lage, Persönlichkeitsdominanten und klinische Befunde findet sich 1932 bei ARMSTRONG und neueren Datums 1967 bei REGEL und PARNITZKE. Letztere heben an wesentlichen exogenen Faktoren bei der Entstehung des Fortlaufens hervor: Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, grobe erzieherische Fehlhaltungen, erhebliche Schulkonflikte, häufiger Erziehungs- und Umgebungswechsel sowie Verführungssituationen. Hinzu kommt oft eine frühkindliche Hirnschädigung. Meist fallen mehrere ungünstige Faktoren zusammen. Dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen, Stehlen und spezifische Persönlichkeitsfaktoren wie Bindungsmangel und Steuerungsschwäche weist eine große Anzahl von Fortläufern auf.

Eine Aufstellung verschiedener Formen des Fortlaufens machen im übrigen 1957 KANNER; 1960 STUTTE; 1971 NISSEN, welcher u. a. auf die Frequenzzunahme in der Pubertät als Ausdruck einer Autoritätskrise hinweist. Daneben hat man insgesamt zu unterscheiden:

1) hirnorganisch geschädigte, dranghafte Fortläufer und Kinder mit Fuguezuständen
2) eine milieureaktive Gruppe, welche die kinderfeindliche Familie verläßt; bei Waisenkindern: Suche nach den realen Eltern (KANNER)
3) ängstlich-zwanghafte "Wegbleiber", die bei Schulschwierigkeiten, auch aus Angst vor Strafe in eine lustgetöntere Situation übertreten
4) Kinder aus Familien, in denen Fortlaufen endemisch vorkommt
5) jugendliche Fortläufer, bei denen das Symptom in seltenen Fällen den Beginn einer Psychose signalisieren kann

b) Zur Prognose des Weglaufens

verweise auf eine ungünstige Prognose des Weglaufers - insbesondere, wenn keine rechtzeitige therapeutische Zäsur erfolgt - sind in der Literatur durchgängig zu finden (u. a. BÜHLE, ARMSTRONG, SKOWRONEK, GERFELDT, STUTTE, RENNELL, LEMPP). So kann das Stehlen zur Selbsterhaltung zum Gewöhnungseffekt werden. Außerdem besteht die Gefahr der sexuellen Aberration in Form von Prostitution und Homosexualität. "Many gangsters began their criminal careers when they run away from home." Bei vielen jedoch war das Fortlaufen eine harmlose Episode, an die sie sich mit gewissem Amüsement erinnern (KANNER).

Nach S. und E. GLUECK (1950) wird Weglaufen überzufällig häufiger bei verwahrlosten Minderjährigen ("Delinquents") angetroffen als bei der Kontrollgruppe ("Non-Delinquents"), und zwar im Verhältnis 59,0 : 1,2. Es kann somit als ein prognostisches Verwahrlosungssymptom gelten; [illegible] ist kriminelles Verhalten in der Verwahrlosung typisch. ("Delinquency" entspricht im englischen und französischen Schrifttum nicht nur der Kriminalität, sondern vorwiegend der Verwahrlosung; unter letztere wird Weglaufen eingeordnet.) In einer von K. HARTMANN erarbeiteten Prognosetabelle zur Verwahrlosung erscheint weglaufen an 2. Stelle der prognostisch ungünstigen Merkmale.

Katamnestische Untersuchungen an kindlichen bzw. jugendlichen Fortläufern liegen bisher nur wenige vor:
1959 von ROBINS und O'NEAL, 1962 von MEYER und 1964 von HARBAUER.

II. MATERIAL UND METHODIK

1. Krankengut

Aus dem Krankengut der in den Jahren 1957 bis 1965 zur stationären heilpädagogischen Behandlung ins Kaiserin Auguste Victoria Haus gekommenen Kinder bzw. Jugendlichen wurden alle Fälle mit dem Symptom Weglaufen (mindestens 24-stündiges Wegbleiben von zu Hause) aussortiert. Insgesamt fanden sich 23 Probanden, von denen 18 nach einem Intervall von 6 bis 13 Jahren katamnestisch erfaßt werden konnten. Es handelt sich um 7 weibliche und 11 männliche Wegläufer, welche in Berlin aufgewachsen sind. Sie waren bei der Nachuntersuchung 13 bis 29 Jahre alt. Zwei Drittel entstammen der Arbeiterschicht, ein Drittel der Schicht von mittleren Angestellten, Beamten und Selbständigen. Die Altersspanne des ersten Wegbleibens von zu Hause liegt zwischen dem 4. und 17. Lebensjahr; stets war es mit andern Verhaltensauffälligkeiten und Milieuschäden gekoppelt, 9 Wegläufer wurden zusätzlich als cerebralgeschädigt betrachtet (Elektroencephalogramm: Niederfrequenz, Dysrhythmie, steile Potentialschwankungen - im Sinne leichter Allgemeinveränderung und erhöhter Anfallsbereitschaft, 2 x mit Verdacht auf Herdschädigung interpretiert). 12 Probanden kamen etwa innerhalb eines Jahres nach Einsetzen des Fortlaufens zur klinischen Beobachtung und Therapie, die übrigen 6 liefen seit mehreren Jahren weg. Eine beginnende Psychose, Poriomanie oder Epilepsie war in keinem der Fälle diagnostisch zu verifizieren. Die therapeutische Zäsur bestand in einem durchschnittlich 7-wöchigen (1 Tag bis 14 Wochen), teils wiederholten stationären Aufenthalt unter heilpädagogischer Führung. Zur Gruppe zählten 12 bis 16 Kinder; bei einer Probandin wurde gleichzeitig Einzelpsychotherapie durchgeführt. Anschließend erfolgte teilweise erziehungsberaterische Betreuung , ambulante Spielgruppentherapie, in einigen Fällen Heimunterbringung.

Einen Überblick über somatische, psychische und soziale Daten der Wegläufer zur Zeit der Klinikaufnahme bietet

Tabelle 1 (Seite 13). Die in den Krankenblättern gefundenen Diagnosen "depressive Verstimmung, Depressionen, depressive Grundstimmung" sind unter dem Begriff "Depressivität" wiedergegeben.

2. Methodik

a) Hausbesuche

Nach Adressenüberprüfung beim Einwohnermeldeamt wurden persönliche Hausbesuche gemacht (FRITZ, HARBAUER[17]). In der Regel unterblieb eine Voranmeldung mit Ausnahme von Fall 4, bei dem nach mehrmaligem Nichtantreffen ein Termin telefonisch vereinbart wurde. In den Fällen 11 und 15 erforderte die Unterbringung in Heim bzw. Haftanstalt eine Anmeldung. Die Katamnese von Fall 9 konnte nur durch Akteneinsicht beim Jugendamt erhoben werden.

b) Interviews

Die Interviews fanden - entsprechend den Gegebenheiten - entweder allein mit dem Probanden, zusammen mit der Mutter oder allein mit einem bzw. beiden Elternteilen statt. Gesprächsdauer und -verlauf waren der jeweiligen Situation angepaßt. Im wesentlichen wurde darauf geachtet, möglichst viele Fakten durch das freie Gespräch zu sammeln (BIERMANN, HARBAUER[17]). Ansonsten dienten vorher konzipierte fallspezifische Schwerpunkte als Anhalt bei der Exploration. Über folgende Kriterien wurde bei sämtlichen Probanden, zum Teil durch direkte Fragen, ermittelt:

Befolgung der Therapieempfehlungen bei Entlassung
Schule, Beruf, abgeschlossene Ausbildung
Freizeitinteressen, Kontakte
Alkohol-, Drogenkonsum
Kriminalität
Weglaufen (Wiederholung, erstes Weglaufen)
Krankheiten

Fall Nr.	Milieu-	Anlage-	Hirn- schaden	Konsti- tution	abnorme Person- lichkeit	partielle Intelligenz- minderung	Schul- schwierig- keiten	soziale Kontakt- störung	sonstige Auffälligkeiten
1	vorehelich Großmutterkind		+				+	+	motor. Unruhe, Depressivität, Lügen, Legasthenie
2	Arbeitslosigkeit			Adiposo-gigant.	+		+	+	Depressivität, Lügen, Bettnässen
3	unehelich' Pflegekind	+				+	+		motor. Unruhe
4	Schlüsselkind						+		Jactationen, Tic, Onanismus, Stammeln, Depressivität
5	unehelich Heim-, Schlüsselkind		+				+		motor. Unruhe, Lügen, Stehlen, Legasthenie
6	herrschsüchtiger Kv Zurücksetzung in Familie		+			+		+	Ablehnung jeder Leistungs-anforderung
7	unehelich Heim-, Pflegekind								motor. Unruhe, Onanismus, Lügen, Stehlen
8	Trinkermilieu	+					+		Stehlen, sexuelle Prahlerei
9	Flüchtlinge Kv fehlt	+					Hilfs-schule		Naschen, sexuelle Trieb-haftigkeit
10	Stiefvaterkonflikt	+	+				Hilfs-schule		motor. Unruhe, Bettnässen
11	Heimkind Obdachlosenasyl				+		+	+	Depressivität, Mutismus, Tic, Diebereien, Bettnässen
12	Trinkermilieu		+	Adiposi-tas			Hilfs-schule	+	motor. Unruhe, Lügen, Polyphagie, Polydypsie
13	vorehelich, häufiger Wechsel, Großmutterkind						+		Depressivität, mutist.Tendenz, Enkopresis, Lügen, Stehlen
14	unehelich Pflegekind			Adiposo-gigant.			+	+	neurotische Oppositions- und Faulhaltung
15	unehelich Heimkind	+	+			+	Hilfs-schule		motor. Unruhe, orale Sucht
16	geschiedene Eltern, Nach-kömmling, Trinkermilieu	+	+		+				Ernährungsstörungen, orale Sucht, Kopfschmerzen
17	unehelich Pflegekind	+					+	+	
18	Frühgeburt geschiedene Eltern	+	+						Pavor nocturnus, motor.Unruhe, Linkshänderin, häufig krank

c) Gesamtbeurteilung

Für die Gesamtbeurteilung des jeweiligen Falles wurde die erstmalig von MEYER und später von HARBAUER[18] verwendete Einteilung in 4 Gruppen übernommen. Demnach bedeutet

Gruppe I (stabil): gleichbleibend tüchtig, geordnete Lebensverhältnisse, nicht straffällig geworden;

Gruppe II (sozial stabil): tüchtig mit ungleichmäßiger Ausdauer, zur Familie in belastender Beziehung stehend, bei labiler Persönlichkeit aber zielstrebig, keine Kriminalität;

Gruppe III (instabil): in belastenden Lebenssituationen versagend, familiär gefährdet, häufiger Arbeitsstellenwechsel, Arbeitslosigkeit, leichte Fälle von Kriminalität;

Gruppe IV (dissozial): schwere Kriminalität (Mord), wiederholte leichtere Delikte und Ablehnung von Arbeit, Drogensucht mit Vagabundieren.

III. ERGEBNISSE

Tabelle 2: Ergebnisübersicht der katamnestischen Befragungen

	Probanden:
1. Befolgung weiterer Therapie	8
2. Schul- und Berufsausbildung	
a) beides ohne Abschlußziel abgebrochen	6
b) ohne Berufsausbildung	9
c) noch in Ausbildung (davon 1 Student)	5
d) Hilfsschüler	4
3. Arbeitssituation	
a) beschäftigt	9
b) arbeitslos	4
c) nicht arbeitsfähig	1
4. Weglaufen	
a) wiederholt	13
b) noch andauernd	5
5. sonstige psychische Auffälligkeiten	
a) schwere Kontaktstörung	3
b) Drogensucht	1
c) Suicidversuche	2
6. Kriminalität	7
7. körperliche Erkrankungen	2
8. Heirat, Scheidung	je 1
9. besondere Unterbringung (2 x Heim, 2 x Haftanstalt, 1 x Nervenklinik)	5

1. Befolgung weiterer Therapie

Von insgesamt 8 Probanden, bei welchen die Empfehlungen der Klinik befolgt wurden, haben sich 5 stabil bzw. sozial stabil (Fälle 1, 3, 5, 8, 14); 1 instabil (Fall 9); 2 dissozial (Fälle 10, 17) entwickelt. Von den 5 Probanden mit günstiger Entwicklung waren bei Entlassung 3 als verwahrlosungsgefährdet prognostiziert worden. Über die Jugendfürsorge gelang hier eine optimale Heimunterbringung. Aus der Gruppe der übrigen 10 Probanden, bei denen weitere Maßnahmen teils überhaupt nicht, teils nur mangelhaft erfolgten, entwickelten sich dagegen lediglich 2 stabil (Fälle 6, 18), 3 instabil (Fälle 7, 15, 16), und 5 Probanden wurden kriminell (Fälle 2, 4, 11 - 13).

2. Schul- und Berufsausbildung

Bereits zur Zeit des Klinikaufenthalts hatten 12 Probanden erhebliche Schulschwierigkeiten. Somit überrascht das katamnestische Ergebnis von einem Drittel vorzeitig abgebrochener Schul- und Berufsausbildung nicht. Immerhin hat insgesamt die Hälfte der Probanden (2 weibliche, 7 männliche) trotz entsprechenden Alters keine Ausbildung.

3. Arbeitssituation

Die 4 Arbeitslosen im Alter von 17 bis 19 Jahren stammen aus der Gruppe ohne Berufsausbildung (Fälle 9, 10, 12, 17). Es handelt sich dabei um ein sexuell verwahrlostes Mädchen, welches sich ständig"auf Trebe" befindet (herumtreibt), einen Drogensüchtigen und zwei Jugendliche mit abgebrochenen Lehrverhältnissen, die unregelmäßig arbeiten und bereits wegen kleinerer Delikte bestraft wurden. Ein inhaftierter Proband (Fall 11) ist auf Grund ausgeprägter neurotischer Fehlhaltung nicht arbeitsfähig.

4. Weglaufen

Unter den 13 nach Klinikentlassung wiederholt weggelaufenen Probanden waren 8 schon innerhalb der ersten zwei Jahre nach

Ausbruch der Symptomatik behandelt worden, die übrigen erst nach Ablauf mehrerer Jahre (Fall 17: 7 Jahre).

In Tabelle 3 ist für die mit dem Gesetz in Konflikt geratenen Fortläufer der Beginn von Weglaufen, Therapie und Kriminalität gegenübergestellt, daneben ist die Therapiedauer aufgeführt.

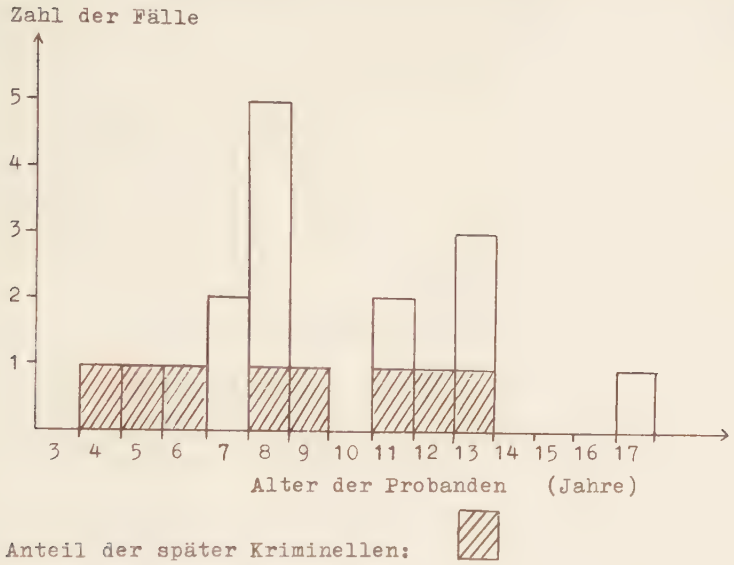
Tabelle 3

Fall Nr.	Beginn von Weglaufen	Therapie	Kriminalität	Therapiedauer
	(Alter in Jahren)			(Wochen)
17	4	11	19	14
11	5	9	18	2,5 - Heim; 2 J. Psychotherapie
10	8	8	16	8 - Heim
12	9	9	15	5
13	11	12	19	12
2	12	(13)14	17	7 mit Psychotherapie - Heim
4	13	(11)13	18	5,5; 8; 1

Daraus ist ersichtlich, daß selbst frühzeitige therapeutische Maßnahmen in diesen Fällen unzureichend waren bzw. den Verlauf nicht günstiger gestalteten. Bereits in der Adoleszenz wurden diese Probanden straffällig. Zu den 5 noch andauernden Wegläufern zählen 4 von den Kriminellen und eine sexuell verwahrloste Jugendliche.

Der Altersbeginn des Weglaufens (Tabelle 4) zeigt jeweils einen Gipfel im frühen Schulalter und in der Pubertät. Der Anteil der späteren Delinquenten korreliert damit nicht, er rekrutiert sich vielmehr bis zur Pubertät gleichermaßen aus fast jeder Altersstufe.

Tabelle 4: Altersbeginn des Weglaufens



5. Sonstige psychische Auffälligkeiten

Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten in der Kindheit der Wegläufer waren: motorische Unruhe (9 x), soziale Kontaktstörung, Lügen, Stehlen (8 x), Depressivität (5 x), Bettnässen und orale Sucht (siehe Tabelle 1). Von den sozial kontaktgestörten finden sich heute 5 in der Gruppe der straffällig gewordenen 7 Probanden wieder, insbesondere besteht bei den 3 wegen Mordes bzw. Mordversuchs verurteilten die Kontaktstörung in verstärktem Maße fort, u. a. bedingt durch die Haftisolierung. Zwei dieser Probanden unternahmen mehrere Suicidversuche. - Der Drogensucht verfiel ein Proband, wobei das Weglaufen hier in ausgesprochenes Vagabundieren überging und ein deutlicher Abbau der intellektuellen Fähigkeiten stattfand.

6. Kriminalität

In Tabelle 5 ist eine Aufschlüsselung der Delikte wiedergegeben.

Tabelle 5:

Delikt	Häufigkeit der Verurteilung
Mord	2
Mordversuch	1
Diebstahl	
a) Mopeds, Autos	3
b) Kaufhaus-, Einbruchdiebstahl	3
Hehlerei	1
Zechprellerei	1

Die beiden Kapitalverbrechen (Kindstötung und Sexualmord, (Fälle 2 und 4) sind nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit längerem Wegbleiben oder Vagabundieren erfolgt, wogegen die übrigen Delikte (Fälle 10 - 13, 17) sich damit stets gekoppelt ereigneten. Sämtliche 7 Probanden (davon 1 Mädchen) waren zur Zeit ihrer Vergehen noch minderjährig und wiederholt weggelaufen. Keiner besitzt eine abgeschlossene Berufsausbildung, in 4 Fällen fehlt zudem ein Schulabschluß.

7. Körperliche Erkrankungen

Hierbei handelt es sich um 2 Probanden mit psychosomatisch zu wertenden Erkrankungen (Fälle 4 und 16), und zwar allergischen Beinekzemen bzw. Magenulkus. Im letzten Falle sind seit der Kindheit Ernährungsstörungen bekannt.

8. Heirat, Scheidung

Eine Probandin - mit 29 Jahren älteste der nachuntersuchten Gruppe - hat sich durch relativ späte Heirat stabilisiert, eine weitere ist mit 21 Jahren bereits geschieden.

9. Gesamtbeurteilung

Die Gesamtbeurteilung der 18 Probanden fällt mit nur 7 günstigen (Gruppe I und II) aber 11 ungünstigen (Gruppe III und IV) Entwicklungen recht negativ aus.

Tabelle 6:

Gesamtbeurteilung		Anteil der Probanden mit Cerebralschaden
I. stabil	5, davon 2♂ 3♀	3
II. sozial stabil	2, " 1" 1"	1
III. instabil	6, " 4" 2"	3
IV. dissozial	5, " 4" 1"	1

Vergleicht man nun die bei Entlassung gestellten Prognosen mit dem weiteren tatsächlichen Verlauf, so ergibt sich folgendes: Insgesamt waren damals 10 Probanden als verwahrlosungsgefährdet prognostiziert worden. Davon sind heute 7 als instabil bzw. dissozial zu bezeichnen, die andern 3 konnten sich stabilisieren. Aus der Gruppe der restlichen 8 Probanden, bei denen keine bestimmte Prognose vermerkt wurde, haben sich 3 instabil und 1 dissozial entwickelt.

Tabelle 7: Altersverteilung der Befunde (Alter in Jahren)

stabil	sozial stabil	instabil	dissozial
13	20	15	17
19	21	18	17
20		18	21
21		18	24
29		19	28
		19	

Es fällt auf, daß die meisten Instabilen in der Altersspanne zwischen 15 und 19 Jahren zu finden sind. In diesem Zusammen-

hang ist an das durchschnittliche Nachuntersuchungsalter (19 Jahre) - nur 3 Probanden waren älter als 21 Jahre - zu erinnern und die biologische Reifung zu berücksichtigen.

In Tabelle 8 ist eine Verteilung der Befunde nach Wegläufergruppen aufgeführt. Zwar ist das Weglaufen bei sämtlichen Probanden grob als milieureaktiv zu bezeichnen, jedoch lassen sich darüberhinaus strukturelle Schwerpunkte für das Zustandekommen der Symptomatik erkennen, welche die Abgrenzung in jene Gruppen erlauben.

Tabelle 8:

Wegläufergruppe	Zahl der Probanden	sozial stabil	in- stabil	dis- sozial
einfache Milieureaktion	1	1		
Milieu- und Anlageschaden	5	1	1	3
Cerebralschaden				
Milieu verändert	4	3	1	
" unverändert	3			3
neurotische Fehlentwicklung	4			4
zusätzl.organ.Psychosyndr.	1			1

In der Gesamtentwicklung offenbaren sich folgende Unterschiede:

1) Eindeutig ist die dissoziale Entwicklung bei den vorwiegend neurotisch gestörten Wegläufern (Fälle 2, 4, 10 und 11).

2) Bei den vorwiegend cerebralgeschädigten Wegläufern erfolgt Stabilisierung nach weitgenender Ausschaltung der belastenden Faktoren im Milieu (Fälle 1, 5, 6, 18).

3) Bleibt jedoch bei den cerebralgeschädigten die Milieukonstellation unverändert (in sämtl. 3 Fällen insbesondere die therapeutisch nicht beeinflußbare, absolut dominierende Mutter), ist die Entwicklung instabil (Fälle 12, 13, 16).

4) Ein einfacher Fall (Nr. 14) von milieureaktivem Weglaufen bietet nach positiver Veränderung ebenfalls stabile Entwicklung.

5) Ist neben dem Milieuschaden ein Anlageschaden vorhanden, tendiert die Entwicklung zur ungünstigen Seite.

IV. DISKUSSION

1. Krankengut

Zum Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit andern Arbeiten ist folgendes vorauszuschicken:

1) Bei den hier nachuntersuchten Wegläufern handelt es sich um die Klientel der psychomedizinischen Abteilung einer Universitätsklinik. Es ist eine Auswahl schwieriger Fälle anzunehmen. Fürsorgezöglinge und von der Erziehungsberatung Betreute sind nicht enthalten. ROBINS und O'NEAL untersuchten ehemalige Patienten einer Child Guidance Clinic und arbeiteten mit einer Kontrollgruppe von Nicht-Fortläufern gleicher sozialer Struktur. Bei HARBAUER[18] entstammen von den 53 katamnestisch erfaßten Kölner und Marburger Probanden 31 der Marburger Erziehungsberatungsstelle.

2) Das Symptom Weglaufen erscheint bei den zur Auswahl gekommenen Berliner Kindern und Jugendlichen durchweg im Rahmen von Milieuschäden(vielfach unerwünschte Kinder, Trinkermilieu, Schlüsselkinder, Pflege-, Heimkinder). Es sind also Kinder aus sogenannten "broken homes" im Sinne äußerlich und/oder innerlich gestörter Familien. Hinzu kommen 8 x Anlageschaden, 8 x Cerebralschaden, 3 x partielle Intelligenzminderung; an konstitutioneller Besonderheit: 3 x Adipositas bzw. Adiposogigantismus; 3 sind als abnorme Persönlichkeit bezeichnet (siehe Tabelle 1). HARBAUER wiederum untersucht "Kinder, die im Rahmen einer Verwahrlosung oder sozialen Vernachlässigung, aus Angst, aus Protest oder einfach als Kurzschlußreaktion nach ganz harmlosem Konflikt auffällig wurden". Einen mit unserer Untersuchung vergleichbaren Probandenquerschnitt bietet das der Katamnese von MEYER zugrunde liegende Krankengut - allerdings jugendlicher Fortläufer.

3) Bei der Beurteilung der Ergebnisse zu berücksichtigen ist ferner das katamnestische Intervall bzw. das Alter bei Katamneseerhebung. So berichtet STRUNK, daß der Anteil guter oder schlechter Verläufe nicht von der Dauer der Katamnesen,

sondern vom Alter der Patienten zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung abhängt. "Bei zunehmendem Alter, das bis zu 25 Jahren reichte, gelang einem signifikant größeren Teil der Patienten eine soziale Eingliederung." Das Durchschnittsalter der Wegläufer hiesiger Klinik beträgt bei Nachuntersuchung 19 Jahre, das Durschnittsintervall 8,7 Jahre, was sich etwa mit der Arbeit von HARBAUER deckt. Demgegenüber stellen die Untersuchungen von ROBINS und O'NEAL und von MEYER Langstreckenkatamnesen dar mit Durchschnittsintervallen von 30 bzw. 23 Jahren. Entsprechend waren die Probanden zur Zeit der Interviews bereits durchschnittlich 44 Jahre alt.

4) Differente sozialpathologische Umweltbedingungen sind bei Katamnesenvergleichen zu berücksichtigen. Sie kommen jedoch für die hier zu diskutierenden Arbeiten kaum in Betracht. Reicht die Ausgangssituation der Probanden bei ROBINS und O'NEAL und bei MEYER zwar zurück in die Zeit allgemeiner materieller Notlage der 20-er Jahre und des 2. Weltkriegs, so herrscht zum Zeitpunkt der Katamneseerhebungen weltwirtschaftliche Stabilisierung vor. Nach GERFELDT vermindert sich regelmäßig die u. a. mit Wandern, Streunen oder Vagabundieren verbundene "Sozialkriminalität", sobald Vollbeschäftigung und soziale Sicherheit erreicht werden.

2. Methodik

Die von FRITZ und HARBAUER[17] berichteten Erfahrungen zur Methodik von Katamnesenerhebungen bei verhaltensgestörten Kindern können auch für diese Arbeit über Wegläufer bestätigt werden. 1) Unangekündigte Hausbesuche gegen Abend führten fast stets zum Erfolg. 2) Es war häufig notwendig, Behördenangst und Mißtrauen entgegenzuwirken. Das Vorstellen als Studentin erwies sich als günstig. Nach kurzer Aufklärung über Sinn und Art der Arbeit und Zahl der Nachuntersuchungen fürchtete der Proband nicht mehr, nur als Einzelperson angesprochen zu sein und erwies sich kooperativ. 3) Ein Fragebogen wurde nicht vorgelegt, um die individuelle

Situation konkret zu erfassen und die Kontaktfreudigkeit zu fördern. "Ein Insistieren zur Sollerfüllung eines klinischen Fragebogenschemas löst Abwehrmechanismen der verdrängung aus." (BIERMANN)

3. Zur beruflichen Situation der Wegläufer

In Schule und Beruf waren unsere Wegläufer nicht sehr erfolgreich; die hierzu von MEYER erbrachten Daten fallen günstiger aus. Nur 1/3 seiner Probanden hat keinen Beruf erlernt - bei uns die Hälfte -, und 1/6 hatten Schul- und Berufsausbildung vorzeitig abgebrochen - bei uns 1/3. Allerdings hatten MEYERs männliche Probanden einen häufigen Berufswechsel zu verzeichnen, worüber bei unseren Wegläufern infolge ihres jungen Alters noch keine Aussage getroffen werden kann. Mehrfacher Lehrstellenwechsel kam bereits in wenigen Fällen vor. Die Diskrepanz zwischen intellektueller Befähigung und schulischer Eingliederung neben entscheidenden Erziehungsfehlern bahnt eine solche Entwicklung zumeist. So bilden Inkonsequenz und Pendelerziehung das Hauptkontingent unter den Erziehungsfehlern der Fortläufer-Eltern (39). In diesem Zusammenhang verweist auch FUCHS-KAMP auf das Wechselspiel von früher Härte und später Verwöhnung in der Erziehung der Wegläufer, welches zur neurotisch strukturierten Verwahrlosung führt: "In ihrem Verhältnis zu beruflicher Arbeit, mit der sie in der Lehre zusammentreffen, haben alle große Schwierigkeiten - einerseits von ihrer neurotischen Gestörtheit her, daß eine Berufsplanung sich nicht lohnt, da sie vom Leben sowieso nichts erwarten. Auf Grund ihrer Verwöhnung pochen sie andererseits auf Augenblicksbefriedigung, so daß auch von dieser Lebenshaltung her Arbeit ihnen widerstrebt. Hinzu kommt dabei, daß sie sich auf Grund ihrer Gehemmtheiten den Aufgaben von Lehre und Berufsleben nicht gewachsen fühlen." In einigen der Interviews - insbesondere mit den kriminell gewordenen Probanden - wurde diese Haltung wiederholt verbalisiert. Auffallend bei der Berufswahl war eine häufige Tendenz zum Beruf des Fern- bzw. Kraftfahrers, und zwei Probanden hatten sich bereits wiederholt zur Schiff-

fahrt anheuern lassen. Hierin offenbaren sich Kompensationsversuche eines nach wie vor bestehenden Fortbewegungsdranges verbunden mit gewisser Abenteuerlust.

4. Zum Weglaufen

Der Altersbeginn des Weglaufens zeigt jeweils einen Gipfel um das 8. und das 13. Lebensjahr wie bei REGEL und PARNITZKE und SKOWRONEK. Andere Autoren betonen den wesentlichen Anstieg in der Pubertät (2, 31, 59, 63) oder in der Vorpubertät (18, 64). Im Grunde unterliegt die Symptomatik einer entwicklungspsychologisch bedingten Periodizität mit Beginn im frühen Kindesalter, erneutem Durchbruch in den ersten Schuljahren und später in der Pubertät (7, 22, 56).

In der Geschlechtsverteilung überwiegen die Knaben im Verhältnis 11 : 7, bei andern Untersuchern in höherem Ausmaß (31, 40, 54, 56, 64), was typisch ist für viele kindliche Verhaltensstörungen und nicht als spezifisch für das Weglaufen gewertet werden kann (10, 18). Der bei Mädchen so häufige Übergang in sexuelle Verwahrlosung - MEYER hatte einen Anteil von 50 % - wurde nur in einem Fall beobachtet. Bei dem bereits damals auffällig sexuell triebhaften Kind hatte das Weglaufen im 8. Lebensjahr begonnen. Dranghaftes Fortlaufen im Zusammenhang mit der Menstruation, wie von STRAUBE beschrieben, wurde bei einer andern Wegläuferin beobachtet. Die übrigen Probandinnen zeigten - bis auf ein im Heim untergebrachtes Mädchen - keine besonderen sexuellen Neigungen beim Weglaufen. Zumeist steigt die Zahl weiblicher Wegläufer in der Pubertät an infolge sexueller Abenteuerlust, die dann zur Verwahrlosung führen kann (18, 25, 39, 47). Unter den Wegläufern im frühen Kindesalter waren bei uns ebenfalls keine Mädchen (18, 31).

Bezüglich der Stellung in der Geschwisterreihe ergab sich im Gegensatz zu andern Autoren keine Tendenz zum ältesten Kind. Dafür ähneln sich die Angaben über die geringe Zahl (0 - 12 %) von Einzelkindern, bei uns waren es 16,6 % (2, 27, 39).

Die Angaben über das Ende des Fortlaufens (4 x sofort nach Therapie; 3 x nach erreichter Selbständigkeit; 2 x nach Inhaftierung; 2 x in der Pubertät, wobei Wiederholung nicht ausgeschlossen erscheint; 5 x noch andauernd) lassen kaum prognostisch verwertbare Schlußfolgerungen zu. Unser Untersuchungsgut enthält keine Probanden, bei denen das Weglaufen ausschließlich im Sinne einer Pubertätskrise zu werten war. Auch wurden keine einheitlichen Kriterien im Hinblick auf bestimmte Persönlichkeitsfaktoren, therapeutische Maßnahmen oder Situationsänderungen in der Familie bzw. sonstigem Milieu gefunden. Allerdings war das Weglaufen bei den 4 sofort nach Therapie geheilten Probanden (im frühen Kindesalter und in der Vorpubertät) noch nicht zur gewohnheitsmäßigen Ersatzbefriedigung geworden. Sie zählen heute zur Gruppe der Stabilen. Eine therapeutische Zäsur ist in solchen Fällen häufig erfolgreich (10). Ähnlich wie bei HARBAUER und MEYER kann auch für unsere Wegläufer die Behauptung Wiesenhütters nicht bestätigt werden, daß typischerweise mit der Pubertät und damit verbundener sexueller Aktivierung ein "schlagartiges Aufhören" der Symptomatik zu verzeichnen ist.

5. Sonstige psychische Auffälligkeiten

Der neben dem Fortlaufen regelmäßig von uns gefundene Katalog weiterer kindlicher Verhaltensstörungen - zumeist neurotischer Art - deckt sich mit den Befunden anderer Untersucher. So kamen bei REGEL und PARNITZKE auf ein Fortlaufkind durchschnittlich 5 weitere Verhaltensstörungen; auch hier standen Lügen, Stehlen, motorische Unruhe mit über 50 % an der Spitze. Es folgen Ungehorsam, Wut- und Trotzreaktionen. In auffallend geringerer Häufigkeit (unter 4 %) kamen bei diesen Autoren soziale Kontaktstörung und Depressivität vor. Hierin gleichen unsere Ergebnisse eher denen von MEYER, auch die Hälfte seiner Probanden waren kontaktgestörte Kinder. Bei 30 % unserer Wegläufer finden sich in den Krankenakten Angaben über Depressivität, aber einen derartig hohen Prozentsatz (55 %) von

späteren Suicidversuchen wie MEYER ihn fand, haben wir nicht (11 %). Eine Erklärung für die Häufigkeit an Depressivität bietet die Tatsache, daß bei depressiver Grundstimmung zur Abwehr gedrückter Stimmungen mit Euphorie und Bewegungsdrang reagiert werden kann. Die depressive Reaktionsbereitschaft ist also primär vorhanden (13, 27, 42, 60). Im übrigen finden sich im Kindes- und Jugendalter sonst sehr divergierende, aber doch weitaus geringere Häufigkeitsangaben (1,8 - 13%) über depressive Syndrome. Dies kann im Zusammenhang mit erheblichen Schwierigkeiten einer einheitlichen diagnostischen Zuordnung gesehen werden. (26, 35)

Auf die Bedeutung der psychischen Schwierigkeiten bzw. der Persönlichkeitsstruktur von Wegläufern für die soziale Eingliederung im Erwachsenenalter verweisen ROBINS und O'NEAL: 30 % (von der Kontrollgruppe 6 %) waren sogenannte Soziopathen, d. h. sie fielen durch antisoziales Verhalten auf, welches sich wiederspiegelte in beruflicher Leistung, Trunksucht, Vagabundieren, Eheschwierigkeiten, Gesetzeskonflikten, Promiskuität, Schlägereien, Impulsivität und Jähzorn. Sie sehen darin die Fortsetzung zu der bereits von RIEMER gemachten Beobachtung, daß kindliche Fortläufer in ihrem Verhalten mürrisch, trotzig, aggressiv, schüchtern und impulsiv - also antisozial vorgeprägt - seien. In den später von S. und E. GLUECK erarbeiteten Voraussagetabellen zur Jugendkriminalität und -verwahrlosung sind u. a. mangelnder Wille, aggressive Selbstbehauptung, Mißtrauen, emotionelle Labilität als besonders gefährdende Faktoren aufgeführt. Auch in unseren Krankengeschichten sind Beschreibungen solcher Persönlichkeitszüge vielfach zu finden.

6. Zur Kriminalität

Von den 18 Wegläufern wurden bisher 7 (38,8 %) - von MEYERs Probanden (66,6 %) - gerichtlich bestraft. Die Verteilung nach Art der Delikte entspricht sich in etwa bis auf die Kapitalverbrechen, welche mit 2 bzw. 3 von 18 höher liegen als bei MEYER mit 1 von 33 Probanden. Bei

HARBAUER wurden insgesamt nur 3 (5,6 %) von 53 Probanden mit Gefängnishaft bestraft. ROBINS und O'NEAL fanden 64 % Polizeiarreste und 29 % Haftstrafen; dies bedeutet im Vergleich zur Kontrollgruppe eine doppelt hohe Arrestrate und vierfache Haftrate fur die inzwischen erwachsenen Wegläufer. Die Verfasser betonen hierzu, daß eine Vergangenheit mit Jugendhof und Besserungsanstalt den späteren Erwachsenenstatus entscheidender vorausbestimmt als das Teilsymptom Weglaufen, mit dem die Kinder behaftet waren. So wurden sie auffallend häufiger auch wegen anderer Vergehen im Jugendhof gesehen. Dergleichen trifft für ARMSTRONGs 660 runaway delinquent boys zu, von denen nur 9 % reine Wegläufer waren. Trotz der besseren Ergebnisse von ROBINS' Kontrollgruppe gleicher sozialer Struktur sei das schichtspezifische Verhalten berücksichtigt. MOSER verweist in seinen Arbeiten über "Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur" auf die potentiell kriminologene soziale Belastung bei niederem sozio-ökonomischem Status. Hier stehen zumeist nur inadäquate psychische Abwehrmechanismen zur Verfügung. Gehäuft wird mit dem Mechanismus des "acting-out" reagiert (in Form der sonst für Psychotiker typischen explosiven Entladungen), welcher auch kriminogenen Reaktionen zugrunde zu liegen scheint. Bei ausgeprägter emotioneller Labilität kommt es also zur Ausführung von Handlungen ohne Berücksichtigung der späteren Folgen oder der Erfordernisse der Situation. - Zwei Drittel unserer Wegläufer (davon 5 der 7 Kriminellen) stammen aus niederer sozialer Schicht.

Zur Art der Straftaten von Fortläufern werden ähnlich wie bei uns von REMPLEIN 1. Vermögensdelikte, 2. Körperverletzungen angegeben; besonders hohe Kriminalitätsziffern zeigen die Heranwachsenden; zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr vollzieht sich meist der Übergang vom Gelegenheits- zum Gewohnheitsverbrecher. Zu letztem Punkt kann für unsere Probanden auf Grund ihres jungen Alters noch keine Stellungnahme erfolgen. Auch in der von HARTMANN und ENGELMANN durchgeführten Untersuchung an männlichen minderjährigen Fürsorgezöglingen erscheint weglaufen wie bei S. und E.GLUECK

unter den Kriterien der Soziallabilität, die mit Delinquenz korrelieren. Die Kriminalität äußerte sich ebenfalls zum größten Teil in Nutzungsdelikten, zum kleineren Teil in Schädigungsdelikten und/oder Verkehrsvergehen. Daß die Kombination Stehlen-Streunen im übrigen von vornherein eine ungünstige Prognose bedeuten muß (58), ergibt sich in unserer Untersuchung nur für die Hälfte der ehemaligen kleinen Diebe.

Als wesentlich entscheidendere Faktoren für eine kriminelle Entwicklung heben sich soziale Kontaktstörung und Depressivität von den übrigen Auffälligkeiten ab. Im Sinne der von Phillip beschriebenen Aggressionsdelikte bei depressiven Verstimmungen wurden die 3 Kapitalverbrechen begangen, zweimal gekoppelt mit Suicidversuchen bzw. späterer Selbstbeschädigung in Haft. Kontaktstörung und Depressivität sind nun nicht spezifisch für das Fortlaufen, sondern letzteres ist bereits als Kompensationsversuch hierfür aufzufassen und kann somit nicht als alleinige Ursache der Kriminalität gewertet werden. Typisch aber für den Fortläufer ist, "wie er seine Kontaktstörung zu kompensieren versucht: durch Abwendung von der Realität (suchtähnliche Augenblicksbefriedigung, FUCHS-KAMP), durch ein Ausweichen vor den Ordnungen der Gesellschaft, durch ein phantasievolles Überspringen der Wirklichkeit ..." (31).

Es hat diesen Kindern immer an Sozialisierungserfahrung gemangelt. Sie neigen dazu, "sich Freunden anzuschließen, die von der Gesellschaft als unerwünscht betrachtet werden, und sie werden Mitläufer von delinquenten Banden; jedoch zeigen sie nicht genug Loyalität oder Stärke, um als vollwertige Mitglieder einer solchen delinquenten Gruppe angesehen zu werden. Sie sind hinterhältiger und betrügerischer als die meisten Delinquenten." Ihre Aggressivität ist weniger erfolgreich als die des unsozialisiert-aggressiven Kindes, da es ihnen in der elterlichen Erziehung vergleichsweise an Überprotektion mangelte, die das Selbstvertrauen zu schützen scheint (24). 5 unserer männlichen Weglaufer weisen eine entsprechend wechselnde Mitläufertendenz auf, ohne

jedoch Bandenmitglieder zu sein. Im übrigen waren sie einsame, immer wieder nach Anschluß und Anerkennung Suchende.

Grundsätzlich ist die erhebliche soziale Gefährdung des depressiven Kindes zu beachten. So fand HARTMANN bei 48 % der Dissozialen bzw. Delinquenten depressive Verstimmungen; S. und E. GLUECK geben 14 % an. Eine von NISSEN durchgeführte Katamnese primär depressiver Kinder ergab in 8 % Verwahrlosungssyndrome bei chronisch depressiver Verstimmung. Bei 70 % unserer Kriminellen lagen dem antisozialen Verhalten Kontaktstörung und Depressivität als psychische Hauptmerkmale zugrunde.

7. Erkrankungen; Heirat, Scheidung

Die hierzu erbrachten Zahlen sind infolge des jungen Altersdurchschnitts der Probanden noch zu gering, um zur vergleichenden Diskussion herangezogen werden zu können. MEYER fand häufig eine relativ späte Eheschließung, mit der sich dann jedoch Stabilisierung verband. Robins und O'NEALs Wegläufer wurden öfter geschieden als die Probanden der Kontrollgruppe (51 : 31 %). Über psychosomatische Krankheiten liegen im übrigen keine zu vergleichenden Angaben vor.

8. Zu den Cerebralschäden

VEITH stellte in pathologisch-anatomischen Untersuchungen bei 42 von 46 erwachsenen Vaganten (Stadt- und Landstreichern) teils ausgeprägte makroskopische sowie mikroskopische cerebrale Veränderungen fest. Von unseren 8 Probanden mit elektroencephalographisch relativierter - zumeist geringfügiger - Cerebralschädigung ist bisher keiner zum Vaganten geworden.

9. Gesamtbeurteilung und Prognose

Zur Differenz in der Weiterentwicklung zwischen den Geschlechtern sei erwähnt, daß die Mädchen hier etwas besser

abschneiden als bei HARBAUER und MEYER. Nur knapp die Hälfte - von den männlichen Probanden dagegen zwei Drittel - hat sich ungünstig entwickelt. Insgesamt aber fallen unsere Ergebnisse negativer aus als die der beiden andern Autoren, und zwar nur 40 % gute Fortentwicklungen, 60 % Instabile und Dissoziale - bei MEYER ein Drittel und HARBAUER ein Viertel. STUTTE gibt für Schulschwänzer und ehemalige verwahrloste Fortläufer einen ungünstigen sozialen Ausgang von 51 - 82 % an. Der Anteil unserer bereits als eindeutig dissozial zu beurteilenden Wegläufer beträgt 27,2 %. Von den instabilen mögen sich noch einige etwa durch spätere Eheschließung stabilisieren. Außerdem ist zu bedenken, daß nur 10 - 20 % der jugendlichen Kriminellen ihre kriminelle Tendenz mit ins Erwachsenenalter hineinnehmen (6).

Im Sinne von obigen Autoren wird die Ansicht vertreten, daß Weglaufen im Kindesalter in den meisten Fällen weder als "Jungenspezifisches Kavaliersdelikt" noch als vorübergehendes Symptom einer Pubertätskrise gewertet werden darf. Der Altersbeginn ist nicht entscheidend für die weitere Entwicklung und die therapeutische Zäsur leider oftmals unzureichend. Grundsätzlich sollte der Wegläufer nur im Rahmen seiner stets vorhandenen sonstigen Verhaltensstörungen und seiner spezifischen Persönlichkeitszüge prognostiziert werden. In Erweiterung der bisherigen Ergebnisse stellten sich hier soziale Kontaktstörung und Depressivität als überwiegend ungünstige Prognosemerkmale heraus und sollten Ansatzpunkte intensiver, speziell psychotherapeutischer Bemühungen sein.

Zur Beurteilung der Prognose hilfreich und für das therapeutische Vorgehen entscheidend ist stets der Versuch einer Abgrenzung des Wegläufertyps trotz der Schwierigkeiten infolge häufiger Symptomüberlagerungen. So gilt u. a. nach dieser Untersuchung der überwiegend neurotische, depressiv-oppositionelle Wegläufer als entschieden kriminell gefährdet. Das nur leichtgradig cerebralgeschädigte, gering belastbare und dann milieureaktiv fortlaufende Kind dagegen kann eine bis zu 100 % gute Prognose haben bei Inanspruchnahme relativ leicht durchführbarer Therapie (wie konse-

quente Elternberatung, individuelle Betreuung durch Lehrer, Spielgruppe, gegebenenfalls Heimunterbringung). LEMPP, welcher eine entsprechende Differenzierung insbesondere für die forensische Begutachtung angibt, betont die Gefahr der Verselbständigung von Kriminalität bei zugrunde liegender neurotischer Fehlentwicklung. Insgesamt wird die Prognose umso bedenklicher, je mehr belastende Faktoren für den einzelnen Wegläufer zusammentreffen.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Gibt es eine nachweisbare Affinität zwischen Weglaufen und Kriminalität, und auf Grund welcher somatischen, psychischen und sozialpsychologischen Faktoren entwickeln sich Wegläufer kriminell?
Zur Erforschung dieser Problemstellung wurden 18 verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche nachuntersucht, die alle das Symptom des Weglaufens aufwiesen (mindestens 24-stündiges Wegbleiben von zu Hause) und u. a. deshalb zur stationären heilpädagogischen Behandlung kamen. Einige Kinder wurden in Heimen untergebracht. Das katamnestische Intervall beträgt 6 bis 13 Jahre.
Die Methodik stützt sich auf die Auswertung der

a) Angaben über Milieuschäden und Verhaltensauffälligkeiten,
b) klinischen Beobachtung und Therapie, sowie der in den Krankenblättern vorfindlichen Diagnosen,
c) Katamnesen in Form von persönlichen Interviews (bei Besuchen zu Hause, im Heim oder in der Haftanstalt),
d) Einsicht in die Akten der Heime und Haftanstalt und des Jugendamts.

Von den 18 in dieser Untersuchung erfaßten Wegläufern wurden bis zum Zeitpunkt der Katamnesen 7 (38,8 %) kriminell. Dem antisozialen Verhalten lagen bei 70 % unserer Kriminellen Kontaktstörung und Depressivität als psychische Hauptmerkmale zugrunde.
Erfolgt das Weglaufen als kompensatorische Reaktion auf (milieubedingte) Kontaktstörung und Depressivität - situationsgebundene bis strukturelle Ablehnung der eigenen Existenz -, so ist die Prognose deutlich ungünstiger als bei andersgearteten Ätiologien. Auch eine frühe therapeutische Zäsur läßt nur dann eine günstigere Prognose zu, wenn in intensiver und umfassender Therapie auf den spezifischen Zusammenhang von neurotischer Depressivität und Weglaufen mit krimineller Folgehandlung eingegangen wird.

Angesichts der komplexen Symptomüberlagerungen ist für die richtige Beurteilung der Prognose und des therapeutischen

Vorgehens eine differenzierte Abgrenzung des zuletzt hervorgehobenen Wegläufertyps von andern weniger kriminell gefährdeten Wegläufergruppen entscheidend.
Bei den vorwiegend milieu- und anlagegeschädigten Wegläufern ist die Prognose offenbar deshalb eher ungünstig zu nennen, weil die für die Milieuschäden ursächlichen Faktoren zwar stets diagnostisch, aber nur in wenigen Fällen zureichend therapeutisch erfaßt werden können. Das nur leichtgradig cerebralgeschädigte, gering belastbare und dann milieureaktiv fortlaufende Kind dagegen kann eine bis zu 100 % gute Prognose haben bei Inanspruchnahme relativ leicht durchführbarer Therapie (wie konsequente Elternberatung mit Aufklärung über die Hirnschädigung, individuelle Betreuung durch Lehrer, Spielgruppe, gegebenenfalls Heimunterbringung).

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. AICHHORN, A.: Verwahrloste Jugend. 4. Aufl., Huber, Bern 1957

2. ARMSTRONG, C.P.: 660 Runaway Boys. Badger, Boston 1932

3. ASCHAFFENBURG, G.: Über gewisse Formen der Epilepsie. Arch. Psychiatr. 27, 955 (1895)

4. BERGERON, M.: Les fugues et le vagabondage chez l'enfant. Ann. méd.-psychol. 108, 537-558 (1950)

5. BIERMANN, G.: Vom Umgang mit Eltern verhaltensgestörter Kinder. Mschr. Kinderheilk. 112, 214 (1964)

6. BOVET: zit. n. G. Kujath, Ref. Internationale Tagung für Kinderpsychiatrie in Zürich, Praxis Kinderpsychol. 1, 248 - 250 (1952)

7. BUSEMANN, A.: Krisenjahre im Ablauf menschlicher Jugend. Ratingen 1959

8. CHARCOT: zit. n. W. Solms, zur Frage der Monomanien. Wiener Zschr. Nerv.heilk. 11, 43 (1955)

9. DONATH, J.: Der epileptische Wandertrieb (Poriomanie). Arch. Psych. 32, 335 (1899)

10. DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl., Verlag für medizinische Psychologie, Göttingen 1962

11. FREUD, A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Klett, Stuttgart 1968

12. FRITZ, H.: Zur Problematik der Katamneseerhebung bei verhaltensgestörten Kindern. Med. Inaug. Dissert., Köln 1964

13. FUCHS-KAMP, A.: Jugendliche Fortläufer und Diebe. Praxis Kinderpsychol. 1, 109 - 114, 133 - 137 u. 177 - 180 (1952)

14. GERFELDT, E.: Die sozialpathologischen Umweltbedingungen für die Kriminalität der Jugendlichen in der Gegenwart. Praxis Kinderpsychol. 4, 258 - 265 (1955)

15. GLUECK, S. u. E. T. GLUECK: Unraveling Juvenile Delinquency. The Commonwealth Fund, New York 1950

16. GRUHLE, H. W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. In: Bumkes Hdb. d. Geisteskrankh. Bd. VIII, 669. Springer, Berlin 1930

17. HARBAUER, H.: Erfahrungen zur Methodik von Katamneseerhebungen bei kinderpsychiatrischen Zustandsbildern. Jahrbuch f. Jugendpsychiatr. V, 28 (1967)

18. HARBAUER, H.: Kindliches Weglaufen und seine Prognose. Mschr. Kinderheilk. 112, 212 (1964)

19. HARTMANN, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Springer, Berlin 1970

20. HARTMANN, K. u. W. ENGELMANN: Eine faktorenanalytische Untersuchung von Labilitätskriterien "erziehungsschwieriger" männlicher Minderjähriger. Praxis Kinderpsychol. 15, 19 - 23 (1966)

21. HEILBRONNER; Über Fugues und fugue-ähnliche Zustände. Jahrbücher f. Psychiat. u. Neurol., Bd. 23, 107 (1903)

22. HOMBURGER, A.: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Springer, Berlin 1926

23. JARDIN, F. et H. FLAVIGNY: Le rôle du père dans les fugues de l'enfant. Rev. Neuropsychiat. infant 13, 744 - 765 (1965), ref. Zbl. Neurol. Psychiat. 186, 110 (1966)

24. JENKINS, R. L.: Typen von Verhaltensstörungen bei Kindern. Nervenarzt 5, 197 (1969)

25. KANNER, L.: Child Psychiatry. 3. Edition, First Printing, Oxford 1957

26. KUHN, R.: Über kindliche Depressionen und ihre Behandlung. Schweiz. med. Wschr. 93, 86 - 90 (1963)

27. LEMPP, R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern 1967

28. LEMPP, R.: Die Prognose der Jugendkriminalität. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. 1. Aufl., Springer, Berlin 1971, 2. Aufl. 1974

29. LEONHARD, K.: zit. n. S. Schirmer: Motiviertes und unmotiviertes Fortlaufen der Jugendlichen .Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 18, 145 - 155 (1966)

30. MAYER, L.: Der Wandertrieb. Dissert. Würzburg 1934

31. MEYER, J. E.: Katamnestische untersuchung an jugendlichen Fortläufern. Z. Psychother., med. Psychol. 12, 49 - 58 (1962)

32. MOSER, T.: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1970

33. NISSEN, G.: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin 1971

34. NISSEN, G.: Dissozialität und Verwahrlosung. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. Springer, Berlin 1974, 2. Aufl.

35. NISSEN, G.: Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. Springer, Berlin 1974, 2. Aufl.

36. NISSEN, G.: Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. 1. Aufl., Springer, Berlin 1971, 2. Aufl. 1974

37. PHILLIP, H.: Aggressionsdelikte bei depressiven Verstimmungen. Beitr. gerichtl. Med. 27, 182 (1970)

38. PICK, A.: Über einige bedeutsame Psychoneurosen des Kindesalters. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Gebiete d. Nerven- u. Geisteskrankh., Bd. V), Marhold, Halle 1904

39. REGEL, H. u. K. H. PARNITZKE: Entstehungsbedingungen des Fortlaufens bei Kindern. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 19, 281 - 290 (1967)

40. REMPLEIN, H.: Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter. 14. Aufl., Reinhardt, München-Basel 1966

41. RENNERT, H.: Das Fortlaufen der Kinder und die Poriomanie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.),6, 139 - 151 (1954)

42. RICHTER, H.E.: Eltern, Kind und Neurose. Klett, Stuttgart 1963

43. Riemer, M. D.: Runaway Children. Am. J. Orthopsychiat. 10, 522 - 526 (1940)

44. ROBINS, L. and P. O'NEAL: The Adult Prognosis For Runaway Children. Amer. J. Orthopsychiat.29, 752 - 761 (1959)

45. ROTTER, E.: Vagrant Children in Germany. United Nations Publ. Nr. 644 (1951)

46. SCHIRMER, S.: Motiviertes und unmotiviertes Fortlaufen der Jugendlichen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 18, 145 - 155 (1966)

47. SCHIRMER, S.: Motiviertes und triebhaftes Weglaufen bei jungen Mädchen. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 18, 347 - 351 (1966)

48. SCHLIEBE, G.: Selbstberichte jugendlicher Ausreißer. Z. Jug.kde. 4, 275 (1934)

49. SCHMIDT, R. M. u. I. BERGER: Kinderpsychiatrische und psychologische Untersuchungsergebnisse bei Spontan- und Reaktivfortläufern. Praxis Kinderpsychol. 7, 206 (1958)

50. SCHNITZER, H.: Zur Psychologie des Fortlaufens. Psychologie u. Medizin, Bd. III, 235 (1928/29)

51. SCHRÖDER, P.: Das Fortlaufen der Kinder. Mschr. Kriminalpsychol. 8, 257 - 266 (1912)

52. SCHULTZE, E.: Über krankhaften Wandertrieb. Allg. Zschr. Psychiat. 60, 795 (1903)

53. SEIGE, M.: Wandertrieb bei psychopathischen Kindern. Zschr. Erforsch. u. Behandl. d. jgdl. Schwachsinns IV, 221 (1911)

54. SKOWRONEK, I.: Vagabundentum der Kinder psychologisch beleuchtet. (Poln.) Arch. Kryminol. 1, 41 (1933), ref. Zbl. Neurol. 71, 303 (1934)

55. SOLMS, W.: Zur Frage der Monomanien. Wiener Zschr. Nerv.heilk, 11, 43 (1955)

56. STIER, E.: Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. (Samml. zwangl. Abh. z. Neuro- u. Psychopathologie des Kindesalters, Hrsg. E. Stier, Bd. I, Heft 1 - 3) Fischer, Jena 1913

57. STRAUBE, W.: Zur Psychopathologie jugendlicher weiblicher Fortläufer. Praxis Kinderpsychol. 6, 167 - 170 (1957)

58. STRUNK, P.: Katamnestische Erhebungen bei Entwicklungsstörungen im Jugendalter. Jahrb. f. Jugendpsychiat. V, 84 (1967)

59. STUTTE, H.: Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II. Springer, Berlin 1960

60. SZONDI, L.: Schicksalsanalytische Therapie. Bern 1963

61. TRAMER, M.: Vaganten, (Arbeitswanderer, Wanderarbeiter, Arbeitsmeider) einer Herberge zur Heimat in der Schweiz. Dissert. Zürich 1916/17

62. VEITH: zit. n. G. Nissen. Pubertätskrisen und Störungen der psychosexuellen Entwicklung. In: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk. 2. Aufl., Springer, Berlin 1974

63. WILSENHUTTER, E.: Entwicklung, Reifung und Neurosen. Enke, Stuttgart 1958

64. WISSFELD, E.: Über Krankheiten, bei denen poriomane Zustände vorkommen. Nervenarzt 28, 389 (1957)

ANHANG: KASUISTIK

Vorbemerkung

Die chronologisch geordneten Fallbeschreibungen setzen sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil umfaßt die Situation bis zur Zeit des Klinikaufenthaltes in den Jahren 1957 bis 1965, der zweite Teil den weiteren Verlauf bis 1972, wie er sich bei Katamneseerhebung darstellte. Die Angaben für den ersten Teil stammen aus den jeweiligen Berichten von Herrn Prof. Dr. Gerhard Kujath; in einigen Fällen wurden sie ergänzt durch Jugendamtsberichte. Sie sind vielfach wörtlich übernommen, um eine Verfälschung der Details zu vermeiden.
Da einige Krankengeschichten leicht gekürzt wurden, sei auf die Fälle 2, 4 und 11 hingewiesen. An ihnen soll exemplarisch der Zusammenhang zwischen den für Wegläufer auffälligen Persönlichkeitsfaktoren (insbesondere neurotische Depressivität) und ihrer Neigung zur Kriminalität aufgezeigt werden. Demgegenüber sind die Fälle 6 und 18 ausführlich wiedergegeben, weil an ihnen die positive Veränderung des familiären Milieus und der Erziehungsmethoden in ihrer Relevanz für eine günstige Prognose am ehesten deutlich werden.

Fall 1: Bernfried S.
Einweisung mit 7, 11 Jahren (1958) über Hausarzt und Poliklinik. Einweisungsdiagnosen: hyperkinetisches Krankheitsbild, Verdacht auf cerebralen Prozeß.

Geburt vorehelich, unerwünscht, Eltern damals 18 Jahre alt. Bis 4. Lebensjahr bei verwöhnender Gm, fehlende innere Kontaktbeziehung zur Km, die anschließend mit bewußter Härte erzieht. Ke bevorzugen jüngere, an Tbc erkrankte Schwester. Familie sozial gesichert, eigenes Haus. Ke berufstätig, Kv Maurer. - Schulschwierigkeiten, Lügen, Weglaufen zumeist aus Angst vor Strafe.
Empfindsamer, reizbarer, in Gemeinschaft von starkem Geltungsstreben beherrschter Junge mit dranghafter Bewegungsunruhe. Affektiv resonanzfähig. Depressive Verstimmungen mit aggressiven Komponenten. Konzentrationsmangel; Hinweise für Legasthenie; formale Intelligenz altersentsprechend.
EEG: organische Herdbildung rechts, zentral-parietal.
(Anamnese: Asphyxie durch Nabelschnurumschlingung bei Geburt, frühzeitige hochgradige Unruhe, leichte Kopftraumen mit 4 und 18 Monaten)
Stationär: 4 Wochen. Entlassung nach Hause. Schulrücksprache: Versetzung in Parallelklasse mit individueller Führung durch Lehrer. Fortführung der Spielgruppentherapie. Ambulante Beratung der Km. Sedativa bei Bedarf.

Diagnosen: Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, retardierte Persönlichkeit; Cerebralschädigung.

Katamnese (13,6 Jahre) - stabil

Bei erster Nachuntersuchung mit 14 Jahren: kindliches Gemüt, ausgeglichener, ruhiger und konzentrierter, Legasthenie gebessert. Kein Lügen und Weglaufen mehr. Minderwertigkeitsgefühle, sensibel und unsicher, gegenüber kleineren Kindern geltungsbedürftig, zurückhaltend bei gleichaltrigen. Hat Schulfreunde, Mitglied eines Fußballvereins. Fühlt sich der intelligenteren Schwester gleichwertig. 1 x sitzengeblieben. Ke: berufstätig, behandeln ihn als Kinder. Keine Besuche mehr bei der Gm (DDR) möglich.

EEG-Kontrollbefund: Besserung im Sinne der Reifung. Zweite Nachuntersuchung mit 21, 6 Jahren: Familienkonstellation und Wohnung unverändert. Junger Mann von athletischer Konstitution. Ausdrucks- und kontaktgehemmt. Automechanikerlehre abgeschlossen, im selben Betrieb tätig. Fleißig. Spaß am Beruf. Freizeit: Bastler, Autoreparaturen, eigener Wohnwagen, häufige Reisen mit 17-jähriger Freundin. Von der Familie voll akzeptiert, keine ernsthaften Schwierigkeiten.

Fall 2: Elisabeth Z.
Einweisung mit 15,2 Jahren (1958) über Jugendamt und Poliklinik. Einweisungsdiagnosen: Erziehungsschwierigkeiten, Weglaufen.

Adiposogigantismus; Polypnagie, Polydypsie; akromegale Züge, rückständige Reifeentwicklung. (17-Ketosteroidausscheidung im Harn normal) Ke arbeitslos; schlesische Flüchtlingsfamilie, früher konfessionelle Buchhandlung. 3 volljährige Geschwister. Erziehung: Km verwöhnend, Kv hart überfordernd, taktlos. Ein Bruder des Kv (Rechtsanwalt) wegen Unterschlagung inhaftiert; dessen Töchter: Alkohol- und Schlafmittelabusus, unkontrollierte Wutausbrüche. - Bettnässen, Weglaufen, phantastische Lügereien sexuellen Inhalts. Aufenthalt in Nervenklinik mit 13 Jahren. Seit 6 Wochen in Berliner Kinderheim.
Aus dem klinischen Bericht: E. ist von ihrer aktuellen Lebenssituation höchst unbefriedigt. Ihre Konfliktstellung zum Vater offenbart sich eindeutig. Zahlreiche psychische Konflikte und Minderwertigkeitsgefühle knüpfen an ihre übernatürliche Körpergröße an. Das Mädchen befürchtet, nicht ernstgenommen zu werden und im erotischen Leben erfolglos bleiben zu müssen. Die depressive Lebensgrundhaltung gibt den Anstoß zu vielen Überkompensationen, wozu auch demonstrative Hinweise auf sexuelle Handlungen und Verführungserlebnisse gehören, deren reale Grundlage schwer zu eruieren ist. Der Komplex, erwachsen sein zu müssen, wird zu einem

ernsthaften Lebenskonflikt, der schon in der späten Kindheit verhaltensbestimmend ist und zur Verdrängung jeder kindlichen Naivität geführt hat. Von den Eltern wurde ihr zum Beispiel mit 12 Jahren das strikte Gebot auferlegt, das Spielen mit andern Kindern zu unterlassen, weil sie schon viel zu groß sei.
Das Mädchen weist bei expansivem, stets unbefriedigtem Geltungsstreben einen äußerst labilen, überempfindlichen Konstitutionstyp auf und ist stärksten Stimmungsschwankungen unterworfen. Dies wird besonders zur Zeit der Menstruation auffällig, trotz sonst phlegmatischer Temperamentslage. Stabilisierende Persönlichkeitsfaktoren sind in Form guter sozialer Resonanzfähigkeit, ausreichender Intelligenz, Arbeitsbereitschaft, literarischen Interessen vorhanden. Zudem ist E. musikalisch begabt und interessiert und findet in ihrer religiös verwurzelten Weltanschauung einen gewissen Halt.
Die Triebstörung und Dysphorie, vor allem die Unberechenbarkeit der Impulse sowie der Sonderlingscharakter der Gesamtpersönlichkeit können nach den Ergebnissen der endokrinologischen Psychiatrie auf eine Triebentnemmung vegetativer Art bezogen werden. Gleichzeitig ist die Entwicklungsphase zu berücksichtigen: Die Symptomatik trat erstmals mit Beginn der Pubertät auf. Das Weglaufen erscheint hier als psychisch ausgelöste Kurzschlußreaktion auf dem Boden des endokrinen Syndroms.
Stationär: 7 Wochen mit psychotherapeutischer Einzelbehandlung. Entlassung nach Hause. Empfehlungen: Therapiefortsetzung, Unterbringung in einem Wohnheim sowie regelmäßige Berufspraxis zunächst als Hilfserzieherin in einer Kleinkindertagesstätte, systematische Fortführung der Musikstudien.

Diagnosen: Weglaufen; Neuropathie; Adiposogigantismus.

Katamnese (13,4 Jahre) - dissozial

Erste Nachuntersuchung 6 Jahre nach Klinikaufenthalt: Unterbringung in westdeutschem Heim, von dort mehrmals entlaufen, um nach Hause zurückzukehren. In diesem Zusammen-

hang wegen Entwendung eines Fahrrads forensisch-psychiatrisch begutachtet. Ein halbes Jahr später im Elternhaus zwei Suicidversuche mit Leuchtgas. Weiteres Entlaufen, Schwänzen der Haushaltsfachschule, aus gleichem Grund Abbruch der Lehre in einer Musikalienhandlung. Motive für das Schwänzen konnte E. nicht nennen. Privaten Gesangsunterricht besuchte sie regelmäßig. Bettnässen nach Klinikentlassung sistiert, Konfliktstellung zum Kv gebessert.
Ein halbes Jahr nach dessen Tod ertränkte E. (17-jährig) den 10 Tage alten Sohn ihrer Schwester im Badewasser und beging wiederum einen Suicidversuch. Als Tatmotiv gab sie an, sich durch Abschiedsbriefe zur Tötung des Kindes gezwungen gesehen zu haben. Sie wurde nach einjähriger Beobachtung in den Karl-Bonhoeffer-Heilstätten zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt. (Die Tat stand zeitlich nicht mit der Menstruation in Zusammenhang.) In der Haftanstalt fühlt sich E. wohl, hat das Gemüt eines Kindes, macht sich keine Gedanken, läßt alles widerspruchslos dahingehen.
Zweite Nachuntersuchung mit 28 Jahren. Gespräch mit der bereitwillig Auskunft erteilenden Km:
Haftentlassung mit 27 Jahren nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe. Nach 4-wöchiger Ausbildung zur Krankenpflegehelferin (Wohnung im Schwesternhaus) verschwand E. plötzlich, wurde im Forst polizeilich aufgegriffen. Ihren Namen nannte sie nicht. (Km meint: "Sie ist sehr ängstlich, ging früher nicht in den Keller, übernachtete aber im Wald.")
Zur Zeit des Weglaufens befand sich die Km mit E.s jüngerem Bruder auf einer Reise im Ausland. Die Ausbildung brach E. dann nach 3 Monaten ab mit der Begründung: "Zuviel Zeit, habe nichts vom Leben." Sie wohnt jetzt in der Landesnervenklinik (Nachtklinik) und stanzt tagsüber in einer Fabrik Papierdeckchen. Die Arbeit hat sie sich selbst über Zeitungsannonce besorgt. Jedes zweite Wochenende verbringt E. bei der Km, zum jüngeren Bruder besteht guter Kontakt. Kürzlich hatte die Km ihr den Plan einer gemeinsamen Reise unterbreitet, wofür sie Geld zurücklegen sollte. Einen Tag danach betrank sich E. mit zwei Flaschen Wodka,

worauf sie stationär behandelt werden mußte.
E. wiegt jetzt 180 Pfund. Sie bevorzugt triste, unmodische Kleidung. Kontakt mit andern Menschen meidet sie. In der Nervenklinik war sie mit einem schizophrenen Patienten verlobt, soll sich aber wegen der Krankheit des Mannes wieder distanziert haben. Eine Freundin hat sie nicht, die Km meint: "Es hält keine mit ihr aus, sie bevormundet alle altmütterlich." Zur Schwester besteht kein Kontakt, da deren Ehemann (2 x geschieden, Potator und Spieler, arbeitslos) ihn nach der Tötung des Kindes ablehnt. In dieser Ehe sind inzwischen trotz äußerst schlechter sozialer Lage fünf weitere Kinder geboren worden.
Persönliches Gespräch mit E. durch die Km zu Hause arrangiert:
E. begrüßt mich freundlich und selbstbewußt mit festem Händedruck: "Ich bin im Bilde!" Die 45-minütige Unterhaltung verläuft äußerst langsam; E. reagiert sehr träge und zwanghaft in trotzig-widersprechender Haltung. Ihre einzige spontane Äußerung ist wiederholt: "Ich möchte das Gespräch abbrechen." Sie raucht stark und bezeichnet dies als "einziges Laster". - Während der 8-stündigen Fabrikarbeit sitzt sie allein in einem Raum. Pläne hat sie nicht; "erstmal bleibe ich da"; sie möchte jedoch nicht ihr Leben lang an dieser Maschine sitzen. E. hat Angst vor eigener Verantwortung. Eine Lebensgemeinschaft mit einem Mann kann sie sich nicht vorstellen, es besteht aber der Wunsch danach. Den Aufgaben einer Hausfrau und Mutter fühlt sie sich nicht gewachsen: "Ich habe noch nie Verantwortung tragen müssen, woher sollte ich sie gelernt haben?" E. hat weiterhin Kontakt zu dem von der Km erwähnten Freund. Er ist der einzige Mensch, mit dem sie viel spricht. Sie hat kein Bedürfnis zur Psychotherapie, Gesprächen mit betreuenden Ärzten weicht sie aus. In der Freizeit besteht kein Interesse an Kino, Fernsehen oder sonstigen Beschäftigungen. E. liest gelegentlich, bevorzugt Arztromane.
Zu den Ursachen des früheren Weglaufens meint sie stockend: "Kindlich, - im Mittelpunkt stehen - von der Familie." Heute

ist dieses Weglaufbedürfnis noch intensiv vorhanden und mit Suicidgedanken verbunden: "Ich möchte am liebsten weglaufen vor dem Leben!" Auf die Frage, ob sie eine schöne Kindheit hatte, antwortet E.: "Doch." Als ich weiter frage: "Sehnen Sie sich zurück?", erwidert sie: "Sehr oft, ich möchte gerne wieder Kind sein!"

Fall 3: Brigitte D.
Poliklinik mit 5,10 Jahren (1959). Erste Einweisung mit 6,9 Jahren durch Poliklinik und Hausarzt. Einweisungsdiagnose: Verdacht auf cerebrale Störungen. Zweite Einweisung 5 1/2 Jahre später; gleiche Verhaltensschwierigkeiten, Herumtreiben.

Frühe Kindheit unbekannt. Ab 4. Lj. überfordernd harte Erziehung bei überalterten Pflegeeltern (sozial mäßig gestelltes Arbeiterehepaar). Km: Legasthenikerin, verwahrloste Herumtreiberin, Haftstrafen; verstorben, als B. 10 Jahre alt. Kv unbekannt. Gm soll geisteskrank gewesen sein. - Erziehungsschwierigkeiten durch hochgradige motorische Unruhe, Reizbarkeit, Eigensinn.
Somatischer und EEG-Befund normal. In kindgemäßer Umwelt keine Schwierigkeiten. Gute Kontaktfähigkeit. Empfehlung nach erstem Aufenthalt (Schulkindergartenbesuch, Erziehungsberatung der Pflegemutter) nicht befolgt. Bei Wiedereinweisung Schulkonflikt, beschädigt Möbel, sei in Ferien "das beste Kind". Hängt sehr an Pflegemutter.
In der Klinik: starke Minderwertigkeitsgefühle, bei Fehlleistungen sehr verängstigt. Intelligenz nach HAWIK im praktischen Bereich gut, verbal gering. Konzentrationsschwäche. Gruppenkonflikte. Triebleben bedenklich ungeordnet. Im Einzelkontakt durchaus lenkbar.
Stationär: 14 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Unterbringung in Berliner Heilpädagogischem Heim mit Möglichkeit zu regelmäßigen Besuchen bei der Pflegemutter, da eine radikale Trennung vom Kinde kaum affektiv bewältigt werden könnte. - Prognose: Verwahrlosungsgefahr im Verzuge.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Anlageschaden;
Milieuschaden.

Katamnese (6,3 Jahre) - stabil

Exploration zügig, B. berichtet spontan und freundlich. 5 Jahre in Berliner Heim von anthroposophischem Charakter, vierwöchige Besuche bei Plegemutter. Starkes Heimweh; B. fühlte sich ungerecht behandelt. Nach Heimentlassung Schulabschluß auf Abendschule. Jetzt Haustochter bei kinderreicher anthroposophisch orientierter Lehrerfamilie. Gutes Einvernehmen. Ausbildung zur Kinderpflegerin begonnen. Ehrgeizig, fleißig, Konzentrationsmangel gebessert. Selbständige Arbeitshaltung. Zukunftspläne:Lehrerin an anthroposophischer Schule. - Weglaufen: nicht wiederholt. Keine Tendenz zu sexueller Verwahrlosung erkennbar. Zum früheren Weglaufen äußert B.:"Meine Mutter (Pflegeoma) hat sehr viel falsch gemacht. Sie hatte kein Vertrauen in mich gesetzt. Ich sehe bei mir keinen Grund. Um Blödsinn zu machen und mit andern Kindern zu spielen, kam ich nicht heim." Die anthroposophische Lebensanschauung bot ihr nach eigener Meinung die größte Stütze bei der Weiterentwicklung.
Von einer Halbschwester ist bekannt: Schuleschwänzen, Weglaufen nach Westdeutschland zusammen mit Jungen.

Fall 4: Gerd-Michael B.
Erste Einweisung mit 11,4 Jahren (1959) über Hausarzt und Poliklinik. Zweite und dritte Einweisung mit 13,4 bzw. 13,6 Jahren. Einweisungsdiagnose: Schiefhals, Tic.

Seit dem 10. Lj. leidet Gerd-Michael unter einem Kopf-Schulter-Tic und Jactationen. Außerdem ist er Stammler. Beim ersten Klinikaufenthalt (Dauer: 5 1/2 Wochen) kann eine organische Hirnschädigung ausgeschlossen werden. Der Junge ist ein Spätentwickler; die Daten der sprachlichen und motorischen Entwicklung in der frühen Kindheit sind verzögert. Im Persönlichkeitsgefüge stimmen hiermit zahlreiche regressive Züge, wie unbefriedigte Anlehnungs-

bedürfnisse und Verwöhnungswünsche, überein. Seine Lebenssituation wird durch Schulkonflikte und familiäre Schwierigkeiten mit überfordernden Eltern und einer herrschsüchtigen zwei Jahre älteren Schwester bestimmt. Der recht pedantische Kv ist Polizeibeamter, die eher verwöhnende Km Fabrikarbeiterin. Die sozial gesicherte Familie bewohnt eine 2 1/2-Zimmerwohnung. - Im klinischen Milieu geht die Tic-Symptomatik, unterstützt durch pharmakologische Antriebsdampfung, zurück. Bei Entlassung werden Schulwechsel und Fortsetzung der Spielgruppentherapie empfohlen.

Zwei Jahre später (stationär: 2 Monate), Tic weiterhin vorhanden, haben die Schulnöte zugenommen; der Junge schwänzt und täuscht zu Hause Schulbesuch vor. Er ist schulisch um zwei Jahre hinter dem Altersdurchschnitt zurück - teils wegen mangelnder Schulreife, teils wegen längerer Versäumnisse durch Krankheit. Es besteht eine eindeutige orthographische Schwäche bei sonst guter Intelligenz.
Die Kinder sind sich nach Schulschluß zu Hause allein überlassen. Gerd-M. drängt dann heraus, nimmt seine Koffer und will sich endgültig von der Familie verabschieden, um danach aber sehr bald wieder zurückzukehren. Während eines Aufenthalts bei den Großeltern entlief er mehrmals ohne erkennbaren Grund und nächtigte auf dem Hausboden. Als Motiv gibt er an, daß er mit andern Jungen im Hausflur Skat gespielt habe; als es inzwischen 21.30 Uhr geworden war, habe er sich nicht mehr zur Großmutter zurückgetraut. Seine Stimmungslage ist stets gereizt und mürrisch. Die Konflikte zur Familie bestehen fort.
Im Verhaltensbild auf der Station dominiert ein erheblicher Geltungsdrang gegenüber Kindern, der kaum mit [illegible] wird aus großer Selbstunsicherheit abgeleitet. Er ist empfindlich, leicht kränkbar, sozial eindeutig kontaktgestört, aber in Güte leicht lenkbar. Bei der Arbeit ist er flüchtig und von mangelnder Ausdauer. Er ist gleichgültig, fast kleinkindlich triebbestimmt, neigt zum Onanismus und zur oralen Sucht. Seine Interessenspähre ist äußerst flach, er liest nur Micky-Maus-Hefte und oberflächliche Krimis [illegible]. Der

erheblichen Retardierung seiner Willensreifung entspricht auch die starke Bindung an die Mutter. Im klinischen Milieu geht die Tic-Symptomatik erneut zurück. Sie ist Ausdruck der Reifehemmung, besonders auf motorischem Gebiet, und der Unfähigkeit zur Bewältigung affektiver Spannungen, die durch Schulversagen, familiäre und soziale Konflikte ausgelöst werden. Der Junge ist völlig ruhig, sofern er sich unbeobachtet glaubt und die Aufmerksamkeit durch intensive mechanische Arbeiten abgelenkt wird.
Beim dritten Aufenthalt drängt Gerd-M. bereits nach einer Woche auf Entlassung, was zum vorzeitigen Abbruch der Behandlung führt. Es wird weitere systematische Gruppenpädagogik empfohlen. - Prognose: starke Verwahrlosungstendenz, wovor einzig enge Bindung an Eltern, Führung durch Meister, Gesellen und Vater bewahren.

Diagnose: generalisierter Kopf-Schulter-Tic

Katamnese (10,4 Jahre) - dissozial
Knapp 5 Jahre später bittet der Kv erneut um Beratung. Das Stammeln und die nervösen Zuckungen haben inzwischen aufgehört, Gerd-M. neigt jedoch noch leicht zu Entmutigung und Minderwertigkeitsgefühlen. Trotz ausreichender Leistungen schwänzt er häufig Lehre und Berufsschule und treibt sich herum. Er fühlt sich vom Meister bevormundet und in seiner Mannesehre nicht genügend gewürdigt. Das Bestehen der Abschlußprüfung ist fragwürdig. In allen pädagogischen Bemühungen hat der Kv aufs engste mit dem Meister zusammengearbeitet. Gerd-M. lehnt aber auch den Kontakt zu den Eltern zeitweise völlig ab, zeigt ein stark überspanntes Selbstbewußtsein und ist völlig unberechenbar. Wird er von ihnen daraufhin angesprochen, verstärkt er diese Haltung. Bei seinem Schwänzen und Wegbleiben läßt er sich vom Kv suchen, welcher zugibt, manchmal zu "explodieren". Die Trauungsfeier der Schwester wurde durch Gerd-M.s depressives und oppositionelles Verhalten überschattet. Der Kv schlug den Sohn deshalb vor den Gästen. Grundsätzlich scheut Gerd-M. Gemeinschaft. Er besitzt zwar einen einzigen Freund, zieht sich jedoch rasch zurück, wenn mehrere

hinzukommen. Seine Freizeit am Sonntag pflegt er im Bett zu verbringen. Selten trinkt er Alkohol, ist dann reizbar, empfindlich und bringt wiederholt den Konflikt mit der Schwester zur Sprache. -
Kurze Zeit nach diesem Besuch teilt der Kv mit, daß Gerd-M. die Gesellenprüfung nicht bestanden habe und bittet um Fürsprache beim Meister.

Hausbesuch: (Es ist der Klinik inzwischen bekannt, daß Gerd-M. etwa 10 Tage nach obigem Gespräch einen Sexualmord an einer 50-jährigen Frau begangen hat.)
Bei der telefonischen Terminvereinbarung bringt der Kv bereits mit auffälligem Pathos Schuldgefühle bezüglich der Erziehung des Sohnes zum Ausdruck. Desgleichen überhäuft er mich beim häuslichen Interview mit Fragen zur sexuellen und sozialen Problematik der bisherigen Ereignisse. Die Km verhält sich eher ruhig und beschwichtigend.

Kriminalität: Der Mord geschah, als Gerd-M. Unterschlupf in einer benachbarten Wohnung suchte, nachdem er wieder einmal nicht zur Arbeit gegangen war und sich abends nicht nach Hause wagte. Bei dem Einbruch stahl er Geld und wurde von der Wohnungsinhaberin überrascht. Gerd-M.s Eltern fanden die Aktentasche des Sohnes vor ihrer Tür, worauf der Kv ihn suchen ging und in einer nahen Gastwirtschaft fand. Der Sohn erwähnte nichts, begab sich aber am nächsten Tag auf die Polizeiwache. Er wurde zu 10 Jahren Jugendhöchststrafe verurteilt, unter anderem begründet mit sexueller Vorsätzlichkeit der Tat. (Gerd-M. hatte von seinem Zimmer aus die Wohnung mit der alleinlebenden Frau bereits eine Zeit lang regelmäßig beobachtet.)
In der Haft beendet der jetzt 24-jährige in wenigen Monaten eine Maschinenschlosser-Lehre, ist sehr fleißig, hat gute Noten und ein einwandfreies Betragen. Somatisch leidet er dort unter allergischen Ekzemen an den Beinen.
Beim persönlichen Gespräch während eines Hafturlaubs wirkt Gerd-M. freundlich, aber sehr schüchtern und gehemmt, er spricht kaum spontan. Seine Vorderzähne wurden ihm von Mithäftlingen ausgeschlagen, eine zahnärztliche Korrektur

lehnt er ab. Er lebt jetzt freiwillig auf der Isolierstation. Als er auf die freiere Abteilung gekommen war, traten seine Beinekzeme erstmalig auf. Zur gleichen Zeit hatte er auch den ersten Heimurlaub erhalten. - Die Frage nach einem Freund negiert er: "Der hat Sorgen, was soll ich den noch mit meinen Sorgen belasten." Wenn er das Bedürfnis zur Aussprache hat, macht er auf sich aufmerksam, indem er eine Tasse gegen die Zellenwand wirft. Zur Regulierung seiner Stimmungsschwankungen nimmt er bei Bedarf ("wenn ich sauer bin") Psychopharmaka, so auch während des Urlaubs bei der Familie. Dort ist er in äußerst ungünstiger Weise auf die noch immer konfliktbelastete Schwester als Gastgeberin angewiesen (der Schwager ist sein Schutzhelfer), welche über den Ehemann den Bruder nunmehr weiter beherrschen kann. Als sie während des Gesprächs hinzukommt, äußert sie zu Gerd-M: "Was ich sage, ist ja wohl maßgebend." Im übrigen verhält sie sich mit ablehnend-trotziger Miene vorwiegend schweigsam. - Pläne: Nach Abschluß der Lehre will Gerd-M. in einem kleineren Betrieb arbeiten. In einem Jahr erfolgt seine Entlassung auf Bewährung. Er hat den festen Willen, diese gut zu bestehen. Die Eltern haben ihm das ehemalige Zimmer der Schwester neu eingerichtet. Um sie nicht zu enttäuschen, hat er zugestimmt, würde jedoch lieber allein bzw. von den Eltern getrennt wohnen. Die Resozialisierung stellt sich ihm als ernsthaftes Problem dar, insbesondere fürchtet er sich vor Vereinsamung. wegen der häufigen starken Stimmungslabilität in Form von aggressiv-depressiven Durchbrüchen ist er an intensiver ärztlicher Therapie sehr interessiert. Eine während der Strafverbüßung begonnene Psychotherapie wurde wegen Arztwechsel abgebrochen.
Die Entlassung in das häusliche Milieu, insbesondere mit dem sich deutlich überfordert fühlenden zwanghaft-perfektionistischen Vater, wird als sehr bedenklich betrachtet.

Fall 5: Helmut S.
Einweisung mit 9 Jahren (1960) über Poliklinik. Einweisungsdiagnosen: Krampfzustände, cerebraler Prozeß ?

Geburt unehelich. Frühkindliche Entwicklung verspätet; bis zum 2. Lj. Kinderheim, danach wegen Berufstätigkeit der Km bei verwöhnenden Ge. Seit 1/2 Jahr Schlüsselkind in Familie mit Km, Stv und unehelich geborenem 16-jährigen Halbbruder. 3-Zimmerwohnung.- Seit früher Kindheit heftige Trotzreaktionen. Schwererziehbarkeit durch Herumtreiben, Diebereien in Warenhäusern, Lügen, Lernunlust in der Schule, leichte Verführbarkeit.
Grundstimmung heiter, in Ausgelassenheit oder Reizbarkeit umschlagend. Hemmungsloser Bewegungsdrang. In der Gruppe unkameradschaftliche Herrschaftsansprüche, Rechthaberei; im Einzelkontakt mit Erwachsenen einsichtig. Gegenüber Ke sehr anhänglich. - Intelligenz altersgemäß, aber äußerst schwerfälliger Denkantrieb, mangelnde Ausdauer. Erhebliche Ungenauigkeit und Subjektivität bei der Gestalterfassung, Tendenz zu primitiven Kurzschlußreaktionen mit gelegentlichem Bewußtseinsverlust als Merkmale einer gleichzeitigen Rinden- und Stammhirnschwäche zu werten. Hochgradige Legasthenie. - Insgesamt ist H. ausreichend anpassungsfähig. Die Schulleistungen bessern sich unter dem Einfluß persönlicher Bindung an die Lehrerin.
EEG: Befund nicht altersentsprechend. Cerebrale Allgemeinveränderung, Verd. a. rechtsseitige Herdschädigung, erhöhte Anfallsbereitschaft.
Stationär: 10 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim mit kleinen Gruppen. - Prognose: Verwahrlosungsgefahr im Verzuge. /Bei Bedarf Sedativa.

Diagnosen: Schul- und Erziehungsschwierigkeiten; Cerebralschädigung.

Katamnese (11,4 Jahre) - sozial stabil

H. ist als Gärtner bei den Berliner US-Streitkräften beschäftigt. Er kommt mir im Trainingsanzug und Läuferschuhen entgegengelaufen, reagiert auf die Bitte zum Interview rasch bereitwillig, antwortet ruhig und geordnet, ist freundlich und heiter.
Nach der Klinikentlassung befand er sich 1 Jahr zu Hause,

3 Jahre in einer psychiatrischen Anstalt in Freiburg i.Br., 2 Jahre zu Hause, 4 Jahre in der Karlsruher Erziehungsanstalt Schloß Stutensee, wo er mit der Note "2" eine Gärtnerlehre abschloß. Vor einem Jahr kehrte er mit Einverständnis des Jugendamts, welches Vormundschaft hat, nach Berlin zurück. Er wechselte bisher zweimal seine Anstellungen wegen zu geringem Verdienst und einseitiger Friedhofsarbeit. - Pläne: H. hat sich Geld gespart, um für ein Jahr nach Mallorca zum Zelten fahren zu können. Danach beabsichtigt er, wieder in seinem Beruf weiterzuarbeiten. -
Weglaufen: Er erinnert sich, mit 5 Jahren wegen häufiger Streitereien mit dem älteren Halbbruder davongelaufen zu sein. Nach dem KAVH-Aufenthalt entwich er zweimal aus den Heimen wegen unerträglicher Bevormundung durch Erzieher und aus Heimweh. Einmal wurde er mit einem Freund vom Förster wieder aufgegriffen, das andere Mal meldete er sich aus Hunger bei der Polizei. Das Stehlen hat sich nie mehr wiederholt.
H. trinkt keinen Alkohol, ist Nichtraucher. Haschisch hat er einmal probiert, als er beim Zelten eine Hippie-Familie kennenlernte, der er sich jedoch nicht anschloß. Er ist eher Einzelgänger. Im Heim fühlte er sich wohl, insbesondere als man ihn zum Aushilfserzieher einsetzte.
Beziehung zur Familie: Ausgezeichnetes Verhältnis zum Halbbruder, welcher über den zweiten Bildungsweg studiert und bereits verheiratet ist. Die Km meidet er bis auf Pflichtbesuche. Er bezeichnet sie als herrschsüchtig und unstet. Sie war insgesamt 8 x verheiratet mit jeweils 10 bis 20 Jahre älteren Männern. Im letzten Heim hatte sie ihn vierteljährlich besucht, nachdem sie in die nähere Umgebung gezogen war. Zur Zeit lebt sie bei der Gm, die H. mag.
Zu seiner guten Entwicklung meint H.: "Es kommt nur auf einen selbst an, die habe ich allein Stutensee zu verdanken."

Fall 6: Bärbel S.
Einweisung mit 18,5 Jahren (1961) über Hausarzt. Einweisungsdiagnose: menstruell ausgelöste Psychose.

Die bereits als Stenotypistin berufstätige B. läuft nach Angaben der Ke meist in zeitlichem Zusammenhang mit der Menstruation ziel- und planlos von zu Hause fort. Sie sei sich ihres Handelns nicht bewußt, laufe in Verwirrung mit jedem mit, der sie dazu auffordere. B. nächtige dann auf Hausboden oder in Parkanlagen; nach einigen Tagen werde sie von der Familie oder Bekannten in heruntergekommenem Zustand aufgegriffen. - Kv gewandter Geschäftsmann; 24-jährige Schwester, 22-jähriger Bruder; Km seit 3 Jahren Raumphobie. Geräumiges Siedlungshaus. -

In der Exploration motiviert B. ihre vermeintlichen "Fugues" als durchaus bewußte Haßreaktionen auf die Ke und deren Erziehungsmethoden, insbesondere auf die Taktlosigkeit des Kv. Sie könne die pedantischen Ordnungsforderungen, die Verkindlichung und Bevormundung nicht mehr ertragen. Nach dem Dienst müsse sie z. B. die Kosmetika entfernen mit der Begründung: "Das brauchst Du nicht, dazu bist Du noch viel zu dumm und zu jung!" Sie bekäme noch häufig Schläge, werde vom Fernsehen ausgeschlossen. Die Geschwister werden als Lieblingskinder bevorzugt.

Der Kv bestreitet emphatisch die Zurücksetzung der Tochter, betont eher ihre Vorzugsstellung. Hart und kritisch beurteilt er sie als eigensinnig, übernervös und willensschwach. Mit Hilfe eines Schlossers ließ er die Wohnungstür einer Freundin B.s öffnen, bei welcher sich die Tochter gegen sein Verbot aufhielt. Beide Mädchen sprangen daraufhin aus dem Fenster; B. mußte mit einem Wirbelbruch stationär behandelt werden. Der Kv ist von B. maßlos enttäuscht, über die Geschwister berichtet er dagegen mit größter Anerkennung und Anteilnahme. Seinen Autoritätsanspruch in der Erziehung gibt er zu.

In der Klinik lehnt B. jedes Arbeitsangebot mit der Begründung ab, sie wolle sich erstmal erholen. Ihre Stimmung ist äußerst labil, selbständiger Wille und Lebensplanung werden vermißt. Ihre Physiognomie wirkt virilisiert durch lange Nase und hypoplastisches Kinn. Auch die ungezügelte Ausdrucksmotorik beim Sprechen ist betont jungenhaft, aggressiv. Ein starker Rededrang beeindruckt als offen geltungsbetont.

Die Intelligenz ist im begriffslogischen Bereich gut, im sozialen und technischen Bereich unzulänglich. In Ausdruckstesten offenbaren sich bei erheblicher Sensitivität stark unbefriedigte Anerkennungs- und Geltungsbedürfnisse. B. hat Komplexe bezüglich ihrer Intelligenz. Anforderungen an selbständiges Denken lehnt sie mit der depressiven Äußerung ab: "Kann ich ja doch nicht."
Grundumsatz ist auf -18 % herabgesetzt.
EEG-Befund ist erheblich dysrhythmisch, von steilen Potentialabläufen durchsetzt, als Ausdruck einer leichten (temporal betonten) Allgemeinschädigung und erhöhter cerebraler Anfallsbereitschaft zu werten. Kein Anhalt für eine echte Psychose. Die Menstruation ist mit erhöhten vegetativen Begleitsymptomen verbunden.
Das Weglaufen ist eine expansive Trotzreaktion innerhalb der Protesthaltung des Mädchens zur Familie, besonders zum Kv. Die auslösende Milieukonstellation ist in der mangelnden Anerkennung und der fortschreitenden Kontaktverarmung zu sehen. Zudem fallen die retardierte und affektlabile Persönlichkeit mit Tendenz zu impulsiven Kurzschlußhandlungen und der leichte Cerebralschaden im Sinne verstärkter Dranghaftigkeit ins Gewicht.
Stationär: 12 Tage. Vorzeitige Entlassung nach Hause auf Wunsch des Kv. Empfehlung: Wohnheimunterbringung, von B. akzeptiert, aber vom Kv abgelehnt; intensive Elternberatung, besonders für Kv, und Psychotherapie für B. mit Beitritt zu einer Jugendgruppe.

Diagnosen: Weglaufen; retardierte Persönlichkeit; Milieuschädigung; Cerebralschädigung.

Katamnese (10,8 Jahre) - stabil

Bei einer ersten Erkundigung 4 Jahre später gibt der Kv Auskunft. B. lehnt telefonisch eine persönliche Wiedervorstellung ab, da sie nicht mehr an die früheren Vorgänge erinnert werden möchte. - Von den Empfehlungen ist nichts befolgt worden. Erneutes Weglaufen, 21-jährig, aus Angst vor Strafe wegen Verspätung nach einem Tanzstundenbesuch. Kv läßt B.

durch Polizei aufgreifen. Sie leidet zweitweise unter der Vorstellung, daß sie von allen angesehen würde und man nur Schlechtes von ihr wolle. Die Km versucht, ihr dies auszureden. Sie ist sehr kontaktarm. Der Kv läßt sie nicht mehr allein weggehen. B. scheut sich auch selbst, ohne Begleitung der Km auszugehen. Mit ausreichenden Leistungen arbeitet sie halbtags im Büro des Kv.
Hausbesuch: Ke werden allein angetroffen. Interview nach anfänglicher Verweigerung durch den Kv in reservierter Atmosphäre. Kv bestimmt entscheidend die Auskünfte, während Km äußerst zurückhaltend und ängstlich ist.
Die Geschwister leben in der BRD; B. selbst hat mit 28 Jahren inzwischen geheiratet und eine Tochter bekommen. Der Ehemann sei gleichfalls Einzelgänger, er sei B. über Bekannte der Eltern vermittelt worden. Die junge Familie bewohne ein vom Kv gekauftes Haus. "Und die Möbel habe ich ihr nicht an die Wand gemalt, die habe ich ihr 'reingestellt, und den Hund habe ich auch gleich dazugekauft", prahlt der Kv. Die Km meint, daß B. jetzt wesentlich selbstbewußter sei, was der Kv sofort bezweifelt. Er äußert spontan Schuldgefühle gegenüber seiner früheren Erziehung von B. In plumper Weise lehnt er es ab, mir Namen und Adresse der Tochter zu nennen. Sie sei sehr ängstlich gegenüber Testen und ärztlichen Untersuchungen, und der Ehemann solle nichts erfahren. Sie sei eine sehr fürsorgliche Mutter und habe guten Kontakt zu einigen Bekannten und der Familie. -
Insgesamt hat B. durch eigenen Hausstand Distanz vom früheren Milieu gewonnen und die lange entbehrte Anerkennung und Selbstbestätigung erworben. Zum Weglaufen ist es nicht mehr gekommen. B.s dominierender Vater, für den sie Präsentiersymptom seiner unbefriedigten Geltungs- und Herrschaftsansprüche darstellen mußte, versucht allerdings weiterhin, B. nicht autonom handeln zu lassen: Er verweigert die Kontaktaufnahme zu ihr. Er drängt sie noch immer in die Rolle des ängstlichen Kindes. Durch späte Verwöhnung in Form der großzügigen finanziellen Unterstützung kann er seine Schuldgefühle kompensieren. - Auch die Raumphobie und überprotektive Haltung der Km sind im Rahmen dieser Familiendynamik

zu beachten.

Fall 7: Werner S.
Einweisung mit 8,7 Jahren (1962) über Poliklinik. Einweisungsdiagnosen: Hypersexualität. Priapismus. Organisches Nervenleiden.

Geburt unehelich. Bis zum Alter von 2,9 J. in Heimen. Erheblicher frühkindlicher Entwicklungsrückstand. Km haltlos, unzuverlässig, willensschwach; lehnt Kind völlig ab. Erziehung durch verwöhnende Pflegeeltern; Pfl.Gm streng. Sozial gesicherte Arbeiterfamilie; 4-Zimmerwohnung. - Von Anfang an Erziehungsschwierigkeiten. Wutausbrüche; wild mit den Augen rollend rief W. zur Pflegemutter: "Ich steche Dir noch die Augen aus!" Im Kindergarten Gefühlsarmut und Rohheit gegenüber andern Kindern. In der Schule stört er, Leistungen befriedigend. Dranghafte Bewegungsunruhe, Lügen, Stehlen, Herumtreiben, Onanismus. Stets heiter. An Pflegeeltern hängt W. sehr.
Aktives Einfügen in Stationsgemeinschaft. Kameradschaftlich. Bei aller Heiterkeit in sich geschlossen und kühl. Selbständige, ausdauernde Arbeitshaltung. Erzieherisch lenkbar. Anhaltende kaptative Tendenzen, jedoch geständig. - Intelligenz durchschnittlich. Somatischer und EEG-Befund normal. - Insgesamt konstitutionell affektlabil, haltarm, leicht beeinflußbar. Von expansiven Bewegungsantrieben und Geltungsbedürfnissen beherrscht. Im Hinblick auf die Charakterstruktur der Km klingen in W.s Verhalten bereits psychopathische Züge durch.
Stationär: 10 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: vorerst intensiver Behandlungsversuch in der Familie mit konsequenter Erziehungsberatung der Pflegemutter, Gruppenpsychotherapie von W. oder Beitritt zu einem Sportverein. Wiedervorstellung in 1/2 Jahr. - Prognose: bedenklich (wegen jahrelanger Dauer des Erziehungsnotstands und der triebhaften Verhaltensweisen)

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Charakterfehlentwicklung; Milieuschaden.

Katamnese (10 Jahre) - instabil

Eigenes Zimmer bei Eltern eines Freundes. Arbeitermilieu. W. - von athletischem Körperbau - trägt sehr langes Haar und modische Jeanskleidung, sieht insgesamt gepflegt aus. Alle Fragen beantwortet er sehr knapp und rasch, berichtet nicht spontan. Er ist nach wie vor in sich geschlossen und kühl. Das Interview findet bei schallender Hitmusik statt. (W. wechselt die Platten, ehe sie zuendegespielt sind. Ich lasse ihn zur Spannungsabfuhr bewußt gewähren.) W. läuft unruhig hin und her, er raucht ununterbrochen.
Nach der KAVH-Entlassung war er mehrere Jahre Mitglied eines Schwimmvereins, den er regelmäßig aufsuchte. Schulabschluß nach 1 x Sitzenbleiben. Zwei abgebrochene Lehrverhältnisse, jeweils durch Gruppenprügeleien beendet. W.s Meinung: "Zuviel Ärger mit Kumpeln und Mädchen." Zur Zeit als Friedhofs-Hilfsarbeiter beschäftigt, was ihm Spaß macht, da er allein arbeiten kann. Keine Zukunftspläne: "Geht alles schief." Freizeit: Schallplatten, Comics, Fernsehen, Tanzengehen. Kein Drogenkonsum. Bisher nicht bestraft. Er ist sich seiner Gefährdung durch kaptative Tendenzen bewußt: "Man braucht bloß klauen gehen, dann kann man sich zugrunde richten." - Zu den Pflegeeltern hat er guten Kontakt. Die leibliche Mutter lehnt er ab, da sie sich nie um ihn gekümmert habe. Der Kv ist ihm unbekannt.
Keine Erinnerung an früheres Weglaufen. Gelegentlich sei er mit Erlaubnis für einige Tage zu Freunden gefahren.
Insgesamt ist W.s Persönlichkeit im Sinne der früher beschriebenen Faktoren auffällig. Darüberhinaus wird eine aggressiv-depressive Grundkomponente deutlich.

Fall 8: Gisela K.
Poliklinik mit 10,11 Jahren (1962) über Kinderarzt. Einweisung mit 14,7 Jahren über Berliner Krankenhaus; Einweisungsdiagnose: Herumtreiben.

Mit 11 J. ambulante Beratung wegen schulischer Leistungsschwäche, ständiger Trotzbereitschaft, Geldentwendungen bei

Mitschülern. - Kv Potator, 7-köpfige Familie in 2-Zimmerwohnung. Ablehnung durch Eltern. Zurücksetzung hinter Geschwistern. - Es erfolgt Heimunterbringung in Westdeutschland.
Nach Rückkehr in unverändertes häusliches Milieu Herumtreiben. Erneute Heimunterbringung in Berlin, von dort Entlaufen.

Schulleistungen unter Durchschnitt. Völlig desinteressiert, ablenkbar, flüchtig. Gutes Einfügen in klinisches Milieu. Fleißig, umsichtig. Gegenüber kleineren Kindern mütterlich-fürsorglich. Auffallend: übertriebene Selbstsicherheit und Erwachsenheit, alberne Euphorie, sexuelle Prahlerei. Sucht körperliche Nähe größerer Jungen. Ruhelos und unbefriedigt wandert sie auf der Station umher. Fixierung der massiven Proteststellung gegen Familie und Gemeinschaft.
EEG-Befund normal. Intelligenz (HAWIK) altersgemäß.
Stationär: 6 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim mit Internatsschule in Westdeutschland. - Prognose: Verwahrlosungsgefahr im Verzuge.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Anlageschaden; Milieuschaden.

Katamnese (6,3 Jahre) - sozial stabil

Therapeutischer Rat befolgt. 3 Jahre Kinderheim in Norddeutschland, von dort Entweichen (zusammen mit Freundin nach Süddeutschland getrampt, von unterwegs das Heim angerufen). Danach Rückkehr in Familie, weiterhin unzufrieden. Ausbildung zur Schwesternhelferin, in Kinderklinik tätig. Nach 2-jähriger Ehe geschieden, 1 Kind, eigene Wohnung. Das Kind betreut sie liebevoll, nimmt es während der Arbeit mit in die klinikeigene Krippe. - Kontakt zur Familie gebessert, Kv wird gemieden. Besonders gutes Verhältnis zur ältesten verheirateten Schwester.

Fall 9: Roswitha K.
Poliklinik mit 8 Jahren (1962). 4-tägiger Stationsaufenthalt mit 8,3 Jahren. Diagnosen: Exhibitionistische Tendenzen;

Weglaufen. - Aus den Angaben des Aufnahmearztes:
Das 8-jährige Mädchen lebt mit der Km (Arbeiterin; geschieden, vorher dreimal mit demselben Mann - Kv - wiederverheiratet) und den 3 bzw. 4 Jahre älteren Brüdern in einer Berliner Flüchtlingssiedlung. Nach äußerst verworrenen Berichten der Km sei R. schon seit langem schwierig in der Erziehung, stehe nachts auf, um zu naschen. Sie sei maßlos sexuell triebhaft, möchte die Brüder zu sexuellen Spielereien verleiten. Außerdem laufe sie weg und gehe mit jedem mit.

In der Klinik erweist sich R. als sehr lebhaft, redselig, sprunghaft, distanzlos. Sexuelle Spielereien werden beobachtet. Eine gynäkologische Untersuchung ergibt Normbefund.

Da R.s sehr uneinsichtige Mutter bereits nach 4 Tagen die Entlassung des Kindes gegen ärztlichen Rat erzwingt, kann keine weitere Beobachtung und heilpädagogische Behandlung durchgeführt werden. Dem Jugendamt wird Mitteilung gemacht.

Katamnese (10 Jahre) - instabil

Beim Hausbesuch verweigert R.s jetztin einer Neubauwohnung lebende Mutter in paranoid-aggressiver Form jegliche Auskunft. Die folgenden Angaben sind den Jugendamtsakten entnommen.
Die häuslichen Verhältnisse erweisen sich bei der im Anschluß an R.s Klinikentlassung erfolgenden Überprüfung als äußerst ungeordnet. Die Km ist in drei Jahren 19 x umgezogen, hat ständig wechselnde Männerbekanntschaften, gilt als unsauber, unverträglich, verlogen, unberechenbar aggressiv und mißhandelt die Kinder. Eine bei ihr angeordnete amtsärztliche Untersuchung schließt eine Psychose bei jedoch schwer gestörter Persönlichkeit aus. Das Jugendamt übernimmt die Vormundschaft über die Kinder und bringt sie in Berliner Heimen unter. Nachdem die Km ihre Kinder zweimal von dort entführt, untersagt man ihr jeglichen Kontakt und wählt Heime in der BRD. Dort verbleibt R. bis zum 16. Lj.

Aus den Heimberichten:
Als Hilfsschülerin lernt R. ohne Schwierigkeiten, ist ehr-

geizig. Gutes Einfügen in die Gruppe, beim Spiel dominierend. Grundstimmung heiter. Anschmiegsamkeit und großes Anlehnungsbedürfnis gegenüber der Erzieherin. Zum Elternhaus sind keine Bindungen erkennbar.
Als R. 11 Jahre alt ist, gestattet man der Km Briefwechsel. Drei Jahre später besucht sie unerlaubt die Tochter im Heim. (Sie hatte inzwischen u. a. mit Eingaben beim Berliner Bürgermeister und mit Erklärungen über die Presse vielfach die Rückgabe ihrer Kinder zu erwirken versucht.) Nach einem komplikationslos verlaufenden Weihnachtsurlaub wird R. in den mütterlichen Haushalt entlassen. In den letzten Heimberichten heißt es: "In Verbindung mit ihrer wohl pubertätsbedingten, aber übermäßigen Affinität zu Jungen erscheint sie gefährdet und bedarf nachgehender Fürsorge. In ihrer Arbeitshaltung und Ausdauer bedarf sie ebenfalls der Hilfe. Sie neigt zur Bequemlichkeit und ist bei Tadel leicht mutlos." Während der letzten Heimjahre ist R. trotziger geworden und leicht suggestiv beeinflußbar.
Weglaufen ist während der gesamten Heimunterbringungszeit nicht vorgekommen, im Hause der Km geschieht es sehr bald. R., die unter Aufsicht der freiwilligen Erziehungshilfe steht, wird nach einem Vierteljahr als Stationshilfe entlassen mit den Begründungen: "Im Krankenhaus untragbar. Zuviel Aufsicht nötig. Unpünktlich, verschwindet gelegentlich. Auffallendes Interesse für Jungen. Geistig der Arbeit nicht gewachsen." Sie läuft mit einem Freund davon. Auch aus den nun folgenden Heimen in Berlin und der BRD entläuft sie teils mit Freundinnen, teils mit Männern. Als sie mit 17 Jahren schwanger wird, verlobt sie sich mit dem bereits straffälligen Mann. Nach der Geburt eines Mädchens verschwindet R. wiederum, kündigt an, das ihr vorenthaltene Kind mit Gewalt zu holen, meldet sich aber nicht mehr.
Zur Zeit befindet sie sich am Wohnsitz des Verlobten und äußerte, sich eine Existenz aufbauen zu wollen.
Es besteht der Eindruck, daß R. die soziale Rolle ihrer Mutter fortsetzt. - Beide Brüder haben sich dagegen in ihrer Entwicklung stabilisiert. Sie besitzen abgeschlossene Lehren und leben wirtschaftlich selbständig in geordnetem Haushalt.

Fall 10: Michael G.
Einweisung mit 8,5 Jahren (1963) über Hausarzt. Einweisungsdiagnose: cerebrale Krämpfe.

Ke geschieden. Km wiederverheiratet; chronische Nierenerkrankung. Kv progressive Paralyse. 1 Bruder Down Syndrom. Sozial mäßig gestellte Arbeiterfamilie. - 1/2 Jahr zuvor stationär wegen "unklarer Fieber- und Krampfanfälle" (EEG-Befund: Verd. a. erhöhte Anfallsbereitschaft). Diagnose: epileptoide Störung. Seitdem hochgradige motorische Unruhe, Trotzreaktionen, Tendenz zu Sachbeschädigung, Spielen mit Feuer. Unter Kindern ist er der Clown. Hemmungsloses Herumtreiben. Hält sich in Läden und Gastwirtschaften auf, schloß Freundschaft mit kinderlosem Ehepaar. Bei Erwachsenen beliebt wegen seiner Höflichkeit und Hilfsbereitschaft.

Kontroll-EEG: keine Krampfstrompotentiale. Intelligenz gut. Neurotische Konfliktstellung zu Stv und jüngerer Halbschwester. Grundstimmung heiter. Extravertiert. Sozial kontaktbedürftig, starke Verwöhnungsansprüche bei regressiver Grundhaltung. Fühlt sich in Familie und Klinik fehl am Platze. Ständige Führungsansprüche. Im Einzelkontakt freundlich, aufgeschlossen. Sucht körperliche Nähe anderer Jungen.

Stationär: 8 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim mit kleinen Gruppen. - Prognose: Verwahrlosungsgefahr.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Bettnässen, Anlageschaden; Milieuschaden; Cerebralschaden. Psychogene Reaktion.

Katamnese (9,1 Jahre) - dissozial

Unterbringung in Berliner Lehrlingsheim. Exploration prompt und freundlich. Gutes Konzentrationsvermögen. Hochgradige motorische Unruhe. Auffallend gutes Gedächtnis für vergangene Heimadressen und Stationsnummern. 5 verschiedene Heime.

Hilfsschulabschluß, nie sitzengeblieben. Zwei abgebrochene Lehrverhältnisse. Konflikte mit Meister und Kollegen. Ablehnung von Arbeit. Berufliche Ziellosigkeit. - Häufiger

Alkoholgenuß. Kein Drogenmißbrauch.
Kriminalität: Gemeinschaftlich mit Freund Diebstähle aus Autos, Zigarettenautomaten, Mopeddiebstahl. Unter Alkoholeinfluß aus Rache Polizeibeamten außerdienstlich verprügelt. Vor Gericht geständig. Jugendarrest zur Bewährung.
Weglaufen: Wiederholt. Zuletzt schwänzte er vor seinem Gerichtstermin die Arbeit und begleitete Kollegen auf dessen Urlaubsreise. Zum Termin erschien er pünktlich zurück.
Kontakte: "Ich verstehe mich mit allen", meint M. selbstbewußt. Bevorzugte Freunde sind amerikanische Besatzungssoldaten. Bisher keine Homosexualität. Häufig wechselnde Mädchenbekanntschaften, worüber er unzufrieden ist.
Beziehung zur Familie anhaltend konfliktbelastet. Starke Mutterbindung.

Fall 11: Klaus O.
Einweisung mit 12,8 Jahren (1963) über Poliklinik und Heimärztin. (Einweisungsdiagnose nicht vermerkt.)

Klaus O. wird 18 Tage lang stationär beobachtet wegen eines seit 3 Jahren bestehenden depressiven Zustands, der zeitweilig von Aggressionen durchbrochen wird, meist ausgelöst durch Schul- und Gemeinschaftskonflikte. Der Junge redet oft längere Zeit kein Wort. Bereits die geringste Kritik wirft ihn aus dem Gleichgewicht. Er begeht kleine Diebereien. In der Gruppe sitzt er meist untätig vor sich hinstarrend herum, wünscht sich weit weg, fühlt sich isoliert. Er spielt mit Feuer, baut Höhlen, entläuft. Das Weglaufen geschieht stets nach Mißerfolgen oder Tadel. K. kehrt immer wieder von selbst ins Heim zurück.
Zur Vorgeschichte und Familie: Bis 5. Lj. bei Km, danach in 4 verschiedenen Heimen. Enkopresis, Enuresis, Kopfschütteltic. 9. bis 11. Lj. Psychotherapie; Auflösung stärkerer Affektstauungen, soziale Bindung an einen Freund. Abgebrochene Behandlung wegen Personalwechsels. - Km hat 6 uneheliche Kinder, in Heimen und Pflegestellen untergebracht. Kv soll ein inzwischen verstorbener Onkel der Km sein. Seit 4 Jahren

Ehe mit einem Kranführer, 4 weitere Kinder. Unterkunft gemeinsam mit Gm im Obdachlosenasyl. Um Klaus kümmert sich die Km seit 3 Jahren nicht mehr; innerhalb dieses Zeitraumes setzten bei dem Kinde Depressionen ein. - Die Gm, die Km, die älteste Schwester und ein Bruder K.s neigen ebenfalls zu aggressiv-depressiven und neurotischen Reaktionen.

In der Klinik offenbart sich ebenfalls die massive soziale Kontaktstörung des Jungen und die oben beschriebene Symptomatik. Es kommt nie zu offenen Wutausbrüchen in der Gemeinschaft, K. fügt sich widerspruchslos. Wunschversagungen begegnet er mit bewußter Vorsichtshaltung. Mit kleinen Geschenken wirbt er um Sympathie. Jüngeren Kindern wendet er sich liebevoll zu, gleichaltrigen begegnet er völlig passiv. Die geringste Aufforderung zur Mitarbeit lehnt er ab. Gelegentlich näßt er ein. Bei den psychiatrischen Explorationen tritt vereinzelt das flüchtige ticartige Kopfschütteln als Ausdruck der Ablehnung auf. In seinen spärlichen Spontanäußerungen deutet K. an, daß er sich in chronischer Opposition gegen "alle Erwachsenen" befindet, denen er unterstellt, daß sie ihn betrogen haben. "Die Welt und die Menschen sind schlecht. Ich glaube keinem Menschen. Ich möchte alle und mich selbst ermorden." Des ständigen Gemeinschafts- und Heimlebens ist er überdrussig. Auch im Obdachlosenasyl mußte er mit zu vielen Menschen in einem Raum leben. So weicht K. vor der ihn erdrückenden Realität in die Illusion des abenteuerlichen Seefahrers aus, indem er Schiffsjunge werden möchte. Bei einem Theaterspiel verkleidet er sich als Vagabund. - In seiner Wäsche wird bei der Entlassung ein großes Brotmesser gefunden, das er aus der Stationsküche entwendet hat. Ks genaue Motivation hierfür bleibt durch sein mutistisches Verhalten ungeklärt.

Die Prüfung mit dem analytischen Intelligenztest nach Meili ergibt durchschnittliche Leistungen im Bereich des sozialen Verständnisses, der mathematisch-logischen und praktischen Intelligenz; Sprache, Kombination und technisch konstruktive Erfindung zeigen ein gutes Differenzierungsniveau.

Der Baumtest gibt eine eindeutige Abwendungshaltung zu erkennen, in struktureller Antinomie mit Empfindlichkeit, Impulsivität und Affektstauung. Der Z-Test deutet durch die sofortige spontane Kopfstellung der Tafeln zunächst die eindeutige Protesthaltung an. Das hohe positive Formprozent in Gemeinschaft mit der geordneten Sukzession, der Verminderung aller Ganzdeutungen, dem erhöhten Tierprozent sowie dem Fehlen von Bewegungs- und Farbantworten sind depressive Zeichen, die in Kombination mit Zwischendeutungen in die Richtung des Gründlichkeitszwangs und der affektiven Ambivalenz weisen.
Somatischer und EEG-Befund sind regelrecht.
Insgesamt handelt es sich bei Klaus O. um einen in der Pubertätskrise befindlichen sensitiven Jungen, fixiert in einer depressiven Reaktion auf die für ihn untragbare Lebenssituation. Kein Anhalt für eine Psychose. Protest und Aggressivität resultieren in erster Linie aus der Frustration an mütterlicher Liebe und gelten damit der Mutter selbst. Die aggressiv-depressive Reaktionsform ist, ungeachtet ihrer tiefenpsychologischen Aspekte, weitgehend konstitutionell präformiert.
Ein gangbarer therapeutischer Weg scheint z. Zt. die Versöhnung des Jungen mit der Mutter zu sein, welche nach unserem Eindruck an dem Sohn hängt und einen regelmäßigen Kontakt ersehnt. - Da die Bindungsfähigkeit des Jungen in seiner derzeitigen Affektkonstellation beschränkt erscheint, dürfte einer autoritätsstarken Führung als heilpädagogisches Prinzip mit dem Ziel der Strukturierung eines wirksamen Überichs größeres Gewicht zukommen als der weiteren affektiven Auflockerung durch Einzelpsychotherapie.
Prognose: Im Hinblick auf die chronische Dauer der Verhaltensstörungen erscheint eine günstige Entwicklung zweifelhaft. Bedenklich sind - tiefenpsychologisch gesehen - die aggressiven, unkontrollierbaren Durchbrüche und - psychopathologisch - die Tendenz zu primitiven Kurzschlußhandlungen, bei denen immer mit Gefährdung der eigenen und der öffentlichen Sicherheit zu rechnen ist. (Bei den Probanden gleichen Erbkreises besteht aber gleichzeitig neben guter

sozialer Kontaktfähigkeit eine günstige Entwicklungstendenz.)

Katamnese (8,10 Jahre) - dissozial

Erste Nachuntersuchung 2 Jahre später: K. wurde vom Kinderheim in die Landesnervenklinik überwiesen. Zustandsbild unverändert. Er entläuft zur Mutter und zum Kinderheim. Häufig wird er auch zum Obdachlosenasyl beurlaubt. Er hat isolierten Kontakt zu einer Kindergärtnerin. Seine Probleme schildert er in schriftlicher Form. Schulleistungen knapp durchschnittlich, Erledigung der Aufgaben nur unter Aufsicht. Wegen Schulschwänzen erhält er jetzt internen Unterricht.

Hausbesuch: Die Familie ist in eine Stadtwohnung umgezogen. Die Km lehnt bereits an der Wohnungstür in plumper, desinteressierter Weise ein Gespräch ab, nennt jedoch die Adresse der Haftanstalt, in welcher sich K. inzwischen befindet. Er wird in der psychiatrisch-neurologischen Krankenabteilung der Berliner Vollzugsanstalten besucht:

K. ist auffallend blaß und mager. Er trägt eine zu weite Anstaltshose und Unterhemd, ist unrasiert, die Finger sind gelb von übermäßigem Zigarettenkonsum. K. wirkt freundlich, entgegenkommend, ist jedoch deutlich angespannt, äußerst sensibel und leidet unter starker Nervosität. Der Kopfschütteltic tritt andeutungsweise auf. - Sein langjähriges mutistisches Verhalten gab er vor 2 Monaten plötzlich auf. Er begann, mit einer Ärztin zu sprechen, welche sich seit einem halben Jahr für seine schriftlichen Arbeiten interessierte (Gedichte, die er seinen kleinen Geschwistern widmete, und Kurzgeschichten). Er erklärt: "Ich spreche, weil ich mich zwinge." Im Alter von 17 Jahren war seine Entlassung zurück ins Obdachlosenasyl erfolgt. Die Schule hat er "aus Unlust" nur bis zur 5. Grundschulklasse absolviert. Er ließ sich mehrmals bei der Binnenschiffahrt anheuern. Eine Berufsausbildung strebt er nicht an. Arbeit bezeichnet er als Ausbeutung. Zur Familie besteht eine anhaltende Kon-

fliktsituation, insbesondere zum Stiefvater. Außerdem meint K., daß die Mutter sich grundsätzlich nicht um ihre unehelichen Kinder kümmere. Er zog in die neue Wohnung nicht mit ein, streunte fortan herum. In einer Phase depressiver Verstimmung schlug er sich mit dem Hausmeister des Obdachlosenasyls und wurde beim Schlafen in einer leeren Wohnung aufgegriffen. Nach 4-monatiger Untersuchungshaft wurde er auf Bewährung entlassen. Km und Stv nahmen ihn auf, er entlief jedoch wieder, wurde erneut verhaftet. Er hatte inzwischen allein mehrere Kaufhausdiebstähle (Eßwaren und Kleidung für sich selbst) und gemeinsam mit anderen Einbruchdiebstähle begangen. Im Obdachlosenasyl war er dann plötzlich in das Zimmer der Freundin eines"Kumpels" gegangen und hatte diese im Schlaf gewürgt. Der Vater des Mädchens überraschte K. und brachte ihn zur Polizei. Klaus kommentiert sein Verhalten: "Ich hatte 'nen Kappel, wußte nicht, warum ich was mache."
Seit 2 1/2 Jahren befindet er sich in Haft. Seine starken aggressiv-depressiven Stimmungsschwankungen und hochgradige Unruhe machten ihm die Fortführung einer begonnenen Lehre unmöglich. K. fühlt sich krank und zu Unrecht verurteilt. Er verweigerte während der ersten 1 1/2 Haftjahre lange Zeit die Nahrung und beging mehrere Suicidversuche (Pulsadernaufschneiden), schluckte Bestecke. Er begibt sich jetzt von selbst in die Isolierzelle, wenn sich seine Stimmungslage entsprechend verändert. Gelegentlich nimmt er Drogen. - Nach seiner Entlassung plant er, wieder zur Schiffahrt zu gehen. Er hat keine Freunde. Lediglich zu einer 18-jährigen Schwester, welche einen eigenen Haushalt hat, besteht ein sehr gutes Vertrauensverhältnis. Er hat ihr versprochen, Geschichten für ein Kinderbuch zu schreiben. Musik (Guitarrespielen) und Schreiben nennt er als Hobbies.

Fall 12: Wolfgang R.
Einweisung mit 9,9 Jahren (1964) über Hausarzt. Einweisungsdiagnose: neurovegetative Dystonie.
Geburt unehelich. Einzelkind. Ablehnung durch Kv. Km recht-

haberisch. Erziehung hart, häufige Züchtigung. Kindergartenbesuch wider Willen. Ke berufstätig (Arbeiter), sozial gesichert. 2-Zimmerwohnung. - Schuleschwänzen, Weglaufen, Lügen, sexuelle Spielereien. Aggressivität.
Im Klinikmilieu gleiche Auffälligkeiten. Schulversagen trotz altersgemäßer Intelligenz. Grundstimmung reizbar. Gesamtpersönlichkeit entwicklungsgehemmt, triebhaft, affektlabil. Starke Mutterbindung. Polyphagie, Polydypsie, adipöse Konstitution.
Stationär: 5 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heimeinweisung. - Prognose: Verwahrlosungstendenz.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Schuleschwänzen; Cerebralschädigung. (EEG-Befund nicht vermerkt.)

Katamnese (7,8 Jahre) - instabil

Wohnung, Erziehungshaltung unverändert. Kv nach Herzinfarkt vorzeitig berentet, Potator. Km uneinsichtig, absolut dominierend; Haupternährerin der Familie; leidet an Asthma bronchiale seit der Kindheit. Stark ablehnende Haltung gegenüber psychiatrischer Beratung und Behandlung. Heimunterbringung nicht erfolgt. Schuleschwänzen wiederholt. Hilfsschulabschlußziel nicht erreicht. Ungelernter Arbeiter, arbeitslos. Berufschulbesuch regelmäßig, unzureichende Leistungen. Praktische Arbeiten verrichtet w. gern und geschickt. Berufsziel: Fernfahrer. Km berichtet über eigene Reiselust, sie halte es in der Wohnung nicht aus. Über den Sohn äußert sie: "Er will alles besser wissen, will erwachsen sein; ansonsten kann ich mich nicht beklagen, er macht alles, was ich will!"
Weglaufen: Wiederholt. Anlaß waren häufige Streitereien zwischen den Eltern. W. schloß sich einem verwahrlosten Jungen an, lebte in Kommune. "Ich wollte anders leben, freier, ohne Arbeit." Auf Trebe Drogenkonsum. Rückkehr nach Hause, weil er hier regelmäßig zu essen habe. (Adipositas unverändert)
Kriminalität: 15-jährig Mopeddiebstähle, fuhr jeweils den Tank leer. Jugendarrest zur Bewährung. Regelmäßige Besuche bei Bewährungshelfer. Z. Zt. keine Tendenz zu kriminellen

Gruppen. - W. drängt nicht mehr so ruhelos hinaus wie früher. Kontaktfähigkeit etwas gebessert. Autonome Kontaktversuche, freundlich, aufgeschlossen im Gespräch. Freundin.

Insgesamt hat W. im häuslichen Milieu - herrschsüchtige Km, schwacher, trunksüchtiger Kv, welcher mit Strenge gegen den Sohn zu kompensieren versucht - seine Retardierung (Beeinflußbarkeit, starke Mutterfixierung, orale Sucht) nicht aufholen können.

Fall 13: Peter G.
Poliklinik mit 11,6 Jahren (1964). Einweisung mit 12,2 Jahren über Poliklinik und Hausarzt. Einweisungsdiagnose: psychogene Störung mit Depressionen.

Geburt vorehelich. Alleinkind. Frühe Kindheit häufig wechselndes Milieu. Ke berufstätig. Anfangs Erziehung durch überbesorgte, verwohnende Gm. Ernährungsstörungen bis 3.Lj. Später Kindergartenbesuch. Km leidet an Hyperthyreose, neigt zur Strenge und Überforderung in bezug auf Sauberkeit, Fleiß und Pünktlichkeit. Familie sozial gesichert, (Kv Busschaffner), 2-Zimmerwohnung. - Seit früher Kindheit Erziehungsschwierigkeiten. Enkopresis. Schuleschwänzen, 2 x sitzengeblieben. Oppositionshaltung gegenüber Km, belügt und bestiehlt sie, entläuft und verbreitet Gerüchte über sie in der Nachbarschaft.
In der Klinik Besserung der Schulleistungen und der Verhaltensschwierigkeiten. Großes Interesse gegenüber allen Spiel- und Beschäftigungsangeboten. Unzufriedenheit und existentielle Mangelgefühle äußert er oft durch Weinleidigkeit oder Flucht ins Bett. Erhebliche Selbstunsicherheit und Sensitivität bei depressiver Grundstimmung mit Tendenz zu mutistischen Reaktionen. - Er zeigt schließlich Umweltoffenheit und beachtliche Anpassungstendenz und ist durchaus kein expansiver Verhaltenstyp, wie die Anamnese vermuten ließ. Enkopresis tritt in der Klinik nie auf. - Die Km bleibt während der gesamten Beobachtungszeit verständnislos und äußerst skeptisch gegenüber erzieherischen Ratschlägen.

Intelligenz nach HAWIK durchschnittlich.
EEG: Befund dysrhythmisch; viele Frequenzen des Zwischenwellenbereichs mit steileren Abläufen, die für eine Funktionsstörung tieferer Zentren sprechen.
Die Organneurose und Verhaltensschwierigkeiten des Jungen sind auf dem Boden einer retardierten, sensitiven und leicht erregbaren, aber resonanzfähigen Persönlichkeit ausgelöst durch Erziehungsfehler.
Stationär: 12 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim von Familiencharakter, worauf die Km nicht eingeht.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Enkopresis; Milieuschaden; retardierte und sensitive Persönlichkeit.

Katamnese (7,1 Jahre) - instabil

Milieu unverändert. P. bleibt höflich, obwohl die Km ihm ständig ins Wort fällt und ihn beim Interview in grober Weise diffamiert. Er sieht frisch und gepflegt aus, ist im Kontakt freundlich zugewandt.
Berufssituation: Schulabschluß 7. Klasse. Bei Berufswahl unentschlossen, orientierte er sich in der Senatslehrwerkstatt in verschiedenen Berufen. Zwei abgebrochene Lehren, Begründung: "Keine Lust mehr." Die Lehrherren waren stets zufrieden mit seinen Leistungen. Schwänzen der Berufsschule, häufige Prügeleien. Z. Zt. Kraftfahrer, sehr fleißig, Überstunden.
Weglaufen: Wiederholt. Mit 14 Jahren entlief er u. a. zum Weihnachtsmarkt, blieb 2 Nächte lang weg, hatte sich Andern angeschlossen. Km meint: "Er schließt sich immer an die Schlechten an." Später Kontakt zu Zigeunern, bei denen er nächtigte. Die Km warf ihn deshalb aus der Wohnung, mußte ihn nach Aufforderung des Jugendamts wieder aufnehmen. Nach 23.30 Uhr findet P. die Wohnungstür verriegelt vor.
Kriminalität: 19-jährig Autodiebstahl gemeinsam mit Andern. Auf Anraten des Richters wurde ein Gebrauchtwagen gekauft, worüber P. sehr zufrieden ist, er fühlt sich unabhängiger.

Freizeit und Kontakte: Tanzen. Stammtisch mit Freunden. Geld gibt er sofort voll aus, leicht beeinflußbar, gutmütig. Längere Freundschaft mit einem 30-jährigen wohlhabenden taubstummen Mann endete durch Prügelei aus Eifersucht. Homosexuelle Beziehungen negiert P.
Beziehung zur Familie:(Enkopresis sistiert während einer Maler-Lehre.)Opposition zur Km fixiert, welche dem Sohn vorwirft, auf Grund seiner Existenz in ihrem Leben auf alles verzichtet zu haben. (Sie hält 6 Wellensittiche und einen Papagei in der Wohnung.) P. verteidigt sich: "Was kann ich denn dafür?" Kv und Gm väterlicherseits unterstützen P. gegen die Mutter. - Zu unserem früheren Vorschlag der Heimunterbringung befragt, vollendet P. den von der Mutter begonnenen Satz: "Wenn wir ihn ins Familiennest gegeben hätten -", mit den Worten: "wäre ich doch dort weggelaufen!"

Fall 14: Bernard P.
Einweisung über Fürsorge und Poliklinik mit 13,1 Jahren (1965). Einweisungsdiagnosen: Verhaltensschwierigkeiten, Weglaufen.
Geburt unehelich. Mit Km bei drei alten Verwandten (68 bis 74 Jahre) gelebt. Km vor 4 Jahren nach Amerika geheiratet, ließ B. zurück. Maßlos verwöhnende Erziehung durch die alten Leute. Km beabsichtigt, B. in 9 Monaten nach Amerika zu holen. - B. verweigert Schulbesuch (techn. Zweig). Keinerlei Achtung vor Pflegeeltern. Gegenüber Freunden ist er aufgeschlossen und wirkt gut erzogen. Starke Tierliebe, hält Enten als Haustiere. Sehr kindliche Interessen.
Nach anfänglichem Protest gute Einordnung in Klinikgruppe. Kontaktfähig. Willens- und Arbeitshaltung wenig gefestigt. Beweist Interesse, Phantasie und Geschicklichkeit in der Beschäftigungstherapie. Insgesamt neurotische Konfliktstellung gegenüber Familie und Gemeinschaft.
Intelligenzquotient nach HAWIK 131, starkes Absinken der Aufmerksamkeitsdauer, was für Neuropathie spricht. Formdeutversuch zeigt geistige Frühreife bei sozialer Kontaktstörung und psychasthenischer Reaktionsweise.

EEG: Befund normfrequent. - Adiposogigantismus; kein Anhalt für endokrine Störung.
Stationär: 4 Wochen. Entlassung nach Hause. Bericht an Schulbehörde mit Befürwortung der Versetzung, um Verschlimmerung derneurotischen Fehlhaltung zu vermeiden und einen günstigen Start ins amerikanische Schulleben zu ermöglichen.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; retardierte Persönlichkeit; Milieuschaden; Adiposogigantismus.

Katamnese (7 Jahre) - stabil

Schulverweigerung nach Entlasserung nicht wiederholt. Besserung des Gesamtverhaltens, da er wußte, daß die Km ihn bald zu sich holte. High-School-Abschluß, Jurastudium. Fleißig, hilfsbereit; keine familiären Schwierigkeiten.

Fall 15: Sabine S.
Einweisung mit 8 Jahren (1965) durch Hausarzt und Jugendamt. Einweisungsdiagnose: Psychische Störung.

Geburt unehelich. Frühe Kindheit in verschiedenen Heimen, als zappelig, verträglich, kontaktfreudig beschrieben. Km 2 x inhaftiert, Lügen, häufig wechselnde Männerbekanntschaften. Hatte S. mit 5 Monaten zur StGm gebracht; in der Kinderwäsche fand diese einen Zettel mit der Aufforderung, das Kind ins Heim zu geben. Mit 5 Jahren Übernahme in Haushalt von Km und Stv; S. verfiel körperlich. Nächtliches Zähneknirschen. Motorische Unruhe. Km lehnte Erziehungsberatung ab. 5-köpfige Arbeiterfamilie (2 jüngere Stiefgeschwister) in 1-Zimmerwohnung. -
Schlechte Schulleistungen, seit der Einschulung Bummeln auf dem Heimweg, dabei mit 7 J. Opfer eines Sittlichkeitsverbrechens. Mutter und Tochter erzählen häufig davon. Wiederholtes Weglaufen seit 2 Monaten, S. kommt von der Schule nicht nach Hause, wird meist erst nachts von der Polizei aufgegriffen. Im Dezember erklärt sie um 4.30 Uhr einem Polizeibeamten, daß sie spazierengehe. Im Januar

entläuft sie erneut, nächtigt in einer Ruine, wird einen Tag später auf Grund einer Zeitungsveröffentlichung erkannt und nach Hause gebracht. 14 Tage danach (1 Tag nach ihrem 8. Geburtstag) kommt sie wieder nicht aus der Schule heim, übernachtet im Keller eines Möbelhauses; man findet sie spät am nächsten Abend auf einem Müllplatz, wo sie unter Zeitungen schlafen will.
Km sieht im Weglaufen der Tochter ein sensationelles Ereignis, mit dem sie sich in der Gesellschaft wichtig machen kann. S. muß inzwischen als älteste übermäßig im Haushalt mitarbeiten, wird häufig gezüchtigt. Das Weglaufen fällt zeitlich mit der Geburt des letzten Kindes zusammen.

Intelligenz bis auf praktischen Bereich bei äußerst schwerfälligem Denkantrieb sehr dürftig. Neuropathie.
EEG-Befund: Niederfrequenz der Potentialschwankungen mit eingesprengten steilen Wellen als Ausdruck der cerebralen Allgemeinschädigung und erhöhter Krampfbereitschaft.

In der Klinik entwickelt S. im Einzelunterricht Ehrgeiz, so daß die Versetzung erfolgen kann. Sie ist motorisch völlig ungesteuert, wild und umtriebig wie ein Junge. Sprunghaft, flüchtig und ohne Ausdauer bei allen Arbeiten. Es fällt ihre orale Sucht auf: Alle eßbaren Dinge stopft sie förmlich in sich hinein. Ansonsten ist sie ein sozial einfühlsames und kontaktfähiges Kind, besitzt schon einen ausgeprägten Sinn für die Pflege von Sachwerten und für Sauberkeit. - Km und Stv besuchen sie regelmäßig, überhäufen sie sinnlos mit Geschenken.
Stationär: 8 Wochen. Entlassung in Berliner Kinderheim mit Familiencharakter (im häuslichen Milieu Verwahrlosungsgefahr).

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Cerebralschaden; Milieuschaden; Anlageschaden.

Katamnese (7 Jahre) - instabil

S. lebt noch im gleichen Kinderheim, erzieherisch als leicht lenkbar beschrieben. Großes sportlich-gepflegtes Mädchen;

sehr schüchtern, gehemmt, häufiges Erröten, äußerst langsames Denken. Es offenbart sich depressiv-neurotische Struktur. Sonderschulabschluß. Guter Kontakt zu Lehrern und Mitschülern. Bummeln und Weglaufen nach der Schule nicht wiederholt. - Mitglied eines Sportvereins. Motorische Unruhe hat sich gegeben. In Gemeinschaft sehr fürsorglich gegenüber jüngeren, kein Durchsetzungsvermögen bei gleichalter, intelligenterer Zimmergenossin. Gelegentliches Lügen, kleine Diebereien (Geld).-Über ihrem Bett hängt das riesige Faksimile eines Tausendmarkscheins.- Polyphagie. Abnorme Tierliebe. Sammelt jedes Tierbild. Lieblingstiere sind Raubkatzen, S. meint: "Sie sind auch nicht ruhig, wenn sie satt sind."
Berufswahl: Tierpflegerin.
Freizeit: Neigung zur Isolierung, schläft viel, hört Tonband; in Tagträumen erinnert sie sich oft an gute (?) Zeiten von früher, möchte gerne Kind sein.
Familiäre Beziehung: Milieu unverändert. Km launisch, impulsiv, nachtragend, eifersüchtig auf gute Beziehung zwischen Tochter und Stv. Geschwister empfindet S. als unruhig und störend. Hat sich freiwillig für weiteren Heimaufenthalt entschieden.
Weglaufen: 14-jährig entlief S. aus dem Heim. Sie hatte sich in einen 35-jährigen Gärtner verliebt, der die Heimanlagen pflegte. Dem Mann war die Angelegenheit sehr peinlich, er brachte S. bis vor die Haustür zurück, sie entlief jedoch wieder und konnte am nächsten Tag mit Hilfe des Stv gefunden werden. Die Erzieherin nahm das Mädchen über Nacht zu sich mit nach Hause und besprach sich mit ihr. Auf meine Frage, warum sie wohl wieder mit Weglaufen reagiert habe, antwortet sie: "Habe mich hier nicht verstanden."
Erinnerung an erstes Weglaufen: "Erste Klasse war zu schwer." Nach der Schule sei niemand zu Hause gewesen. Aus Angst vor Strafe traute sie sich abends nicht heim. Sie erinnert sich, in Hausfluren genächtigt zu haben.

Fall 16: Lutz H.
Einweisung mit 11,3 Jahren (1965) über Jugendamt und Hausarzt. Einweisungsdiagnose: Akute Psychose.

Nachkömmling. 2 x wegen Ernährungsstörungen klinisch behandelt. Kindergartenbesuch wider Willen. Km berufstätig; Trinkerin; betrachtet L. als einzigen Lebensinhalt, wertet ihn als Erwachsenen. Pendelerziehung. Scheidung der Ke im 4. Lj., formell fortbestehende Ehe. Beide Eltern abnorme Persönlichkeiten, cholerische Temperamente. Eine Halbschwester Verhaltensschwierigkeiten, voreheliche Schwangerschaft mit 16 Jahren. - Seit 7. Lj. in Kindergemeinschaft aggressiv, unverträglich. Weglaufen von zu Hause seit 9. Lj. Häufig Kopfschmerzen. In Schule verträumt und lustlos.

Empfindlicher Phlegmatiker. Unbefriedigt in seinen massiven Geltungs- und Anlehnungsbedürfnissen. Starke affektive Spannungen. Erhebliche Egozentrizität. Ausreichend intelligent, aber urteilsschwach, schwerfällig im Denken, sprunghafte Arbeitshaltung. Beantwortet einfachste Bewährungsproben im sozialen Kontaktvollzug mit starken Minderwertigkeitsgefühlen, die er durch Jähzorn, Angeberei, orale Süchtigkeit überkompensiert. - Nach seinen Angaben wollte er durch untragbare Verhaltensschwierigkeiten die Entlassung aus dem Kindergarten erzwingen. Das Weglaufen motiviert er u. a. mit Protest gegen die Inhaltsleere seines Daseins, Angst vor der Trennung der Eltern, vor allem auch mit impulsivem Erlebnisdrang.
EEG: Befund zeigt einen stark von Zwischenwellen und steileren Abläufen durchsetzten Grundrhythmus als Merkmal einer leichten cerebralen Allgemeinveränderung.
Stationär: 9 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Cerebralschädigung; Milieuschaden; abnorme Persönlichkeit.

Katamnese (6,10 Jahre) - instabil

Milieu unverändert. Gespräch mit Km. (Ein für später mit L.

erbetenes Gespräch wird von der Km telefonisch abgesagt, weil L. es angeblich nicht möchte. Auf eine nochmalige schriftliche Anfrage reagiert er nicht.)

Nach der Entlassung gleiche Schwierigkeiten. L. stahl der Km Geld, verbrachte es auf dem Rummelplatz. Die gewonnenen Sachen fand sie vor der Wohnungstür, während L. sich herumtrieb. Er meldete sich schließlich bei der Polizei mit den Worten: "Ich will nicht mehr nach Hause." Daraufhin verbrachte er 3 Jahre im Berliner Johannisstift, verblieb wegen unzureichender Schulleistungen in der 6. Klasse. Er entlief mehrere Male, meldete sich jeweils bei der Polizei und ließ sich von dort abholen. Unterwegs ernährte er sich von Kuchenresten. Mit 15 Jahren zog er in ein Jugendwohnheim, arbeitete in der Fabrik und besuchte die Berufsschule. Bemühungen des Kv, ihn in eine Lehre zu bringen, lehnte er ab. L. besuchte die Km regelmäßig mit Blumen und war stolz auf sein selbstverdienstes Geld. "Immer im Frühjahr packt ihn das Reisefieber", erzählt die Km. Er ließ sich von einer Reederei anheuern und fuhr zur See, die Wintermonate kehrte er zur Km zurück, im nächsten Frühjahr zog es ihn wieder fort. Nach einer längeren Seefahrt mußte er sich wegen Magenulcus in stationäre Behandlung begeben. Die Km schickte ihm Geld für die Heimreise; L. arbeitete schon bald wieder in Westdeutschland als Beifahrer. Z. Zt. ist er nach abermaliger Rückkehr zur Km als Arbeiter zusammen mit seinem Stiefbruder in einer Brauerei tätig. Sein Berufsziel ist Kraftfahrer.
In der Freizeit geht L. selten weg. Mit einer Freundin telefoniert er meist. Die Km spioniert ihm in seinem Tagebuch wegen der Verabredungen mit dem Mädchen nach. Im Verein der Brauerei spielt er Fußball. Der Kontakt zu den Kollegen sei reibungslos, einen festen Freund hat L. nicht.
Kürzliche Versuche, sich ein eigenes Zimmer zu mieten, scheiterten jeweils an seinem Zögern bei der Zusage.
Die Km bezeichnet den Sohn als aufbrausend; als Kleinkind, von der 12 Jahre älteren Stiefschwester beaufsichtigt, sei er jedoch sehr ruhig gewesen.

Fall 17: Michael S.
Einweisung über Poliklinik mit 13 Jahren (1965). Einweisungsdiagnose: Schwere Verhaltensstörung; Psychose.

Geburt unehelich. Frühe Kindheit häufiger Pflegestellenwechsel. Km berufstätig (Dolmetscherin), kontaktarm, stark an Kind fixiert. Kv depressiv, Tod durch Suicid. Gemeinsame wohnung mit geschiedenem Bruder der Km. M. fühlt sich vom Onkel völlig unverstanden, weil er nie Zeit für ihn habe. - Schwererziehbarkeit seit früher Kindheit. Stehlen, Weglaufen, Herumtreiben. Schulleistungen unter Begabungsniveau, hochgradige Ablenkbarkeit. Im Kindergarten aggressiv gemeinschaftsstörend.

Im klinischen Milieu wechseln Phasen größter Aufgeschlossenheit und sozialer Anpassungsbereitschaft mit Aufsässigkeit, Isolierungstendenz, übermäßiger Anspruchshaltung und Selbstüberheblichkeit. Dabei entwickelt M. höchst aggressive Phantasien, in denen es immer wieder um den Sieg des Bösen geht. Er malt Gesichter an die Tafel und beschießt sie mit Plastelinklumpen.
Die Intelligenz des Jungen zeigt ein hohes Niveau auf allen Funktionsgebieten. Somatischer Befund normgerecht.
Es handelt sich um eine sensible, affektlabile Persönlichkeit mit starken Geltungsbedürfnissen und Ressentimenthaltungen und mit eindeutig neurotischem, von Angst, Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen beherrschten Hintergrund. M. lehnt die Berufstätigkeit der Km ab und empfindet bei stark egozentrischer Lebensgrundhaltung jeden Gemeinschaftskontakt als untragbare Belastung. Es offenbart sich eine intensive Haßeinstellung gegen den Kindergarten. M. ist stets geneigt, aus seiner Realitätsfremdheit heraus in die Illusion auszuweichen.
Stationär: 3 1/2 Monate. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Heilpädagogisches Heim von Familiencharakter mit Schulinternat. - Prognose: Verwahrlosungsgefahr.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Anlage-, Milieuschaden; organisches Psychosyndrom.

Katamnese (6,7 Jahre) - dissozial

Milieu insofern verändert, als der Onkel durch Wiederheirat inzwischen einen eigenen Hausstand gegründet hat. Gespräch mit der Km. Michael ist seit einigen Stunden außer Haus; eine begonnene Renovierungsarbeit verließ er plötzlich. Die Km weiß nie, wann und ob M. zurückkommt; manchmal bleibt er monatelang weg. Er ist seit dem 17. Lj. drogensüchtig. Beeinflußbarkeit, Impulsivität, Reizbarkeit und offene Wutausbrüche sollen in seinem Verhalten zugenommen haben.

Nach der Entlassung befand sich M. dreieinhalb Jahre in der Internatsschule Langeoog und zeigte unter einem besonders geschulten Lehrer sehr gute Leistungen. Einmal entlief er aus Heimweh, kehrte in Hannover selbst wieder um und entschuldigte sich. In der 10. Klasse schloß er sich - "um mitzumachen" - einer Haschisch-Gruppe an. Während des anschließenden Ferienaufenthalts bei der Km trieb er sich herum und nahm in Berliner Kommunen LSD. Schließlich zog er bis nach Amsterdam, lebte auf einem Wohnschiff, arbeitete in einer Kakaofabrik und spielte auf den Straßen Guitarre. Der Km schrieb er auf Karten ohne Absender, daß es ihm gutginge. Die Internatsschule wurde durch diese Umstände abgebrochen. Freiwillig zur Km zurückgekehrt, begab er sich wieder in die Schule (9. Klasse technischen Zweigs), welche er jedoch nach Sitzenbleiben infolge seiner Drogenabhängigkeit auf Anraten des Lehrers verließ. Lehren als Musikalienhändler und Reklamemaler brach er jeweils nach 10 Wochen ab mit der Begründung: "Lohnt sich nicht, ich bin zu müde, kann nicht mehr." Die Km kaufte ihm mehrere Guitarren, bezahlte Musikunterricht, den er nur zweimal aufsuchte. In Frankreich wurde er wegen "vagabondage" inhaftiert, man schnitt ihm die Haare ab.

Die Drogen hatten M. das Leben in Gemeinschaft bei gleichzeitiger Realitätsflucht eröffnet. Sie brachten ihn aber auch in starke Abhängigkeit und manifestierten in dem seit der Kindheit sozial gehemmten, leicht beeinflußbaren Jungen die Mitläufertendenz. Er wurde mit 19 Jahren kriminell: Für einen süchtigen, bereits vorbestraften Freund wurde er

zum Verkäufer gestohlenen Gutes. Später griff man beide nach einer Zechprellerei in der BRD erneut auf. (M. hatte seine Uhr als Pfand hinterlassen.) Wegen seines schlechten körperlichen Zustands lieferte man M. in eine psychiatrische Klinik ein. Die Km - seit M.s früher Kindheit gewohnt, Probleme mit dem Sohn distanziert durch Geld zu lösen - buchte einen Rückflug; die Polizei sollte M. zum Flughafen bringen. Doch er entlief bereits einige Tage vorher nach Hause und erklärte: "Mutti ich hab's nicht mehr ausgehalten. Ich fixe nicht mehr, ich verkaufe Zeitungen. Ich habe einen neuen Freund kennengelernt."
In letzter Zeit gab die Km ihm vermehrt Geld aus Furcht vor neuen "Dummheiten". Sie kam bisher für seine sämtlichen Schulden auf, da er mit Geld nicht umgehen konne. Forderte sie es von ihm zurück, verschwand er stets. Er zog immer mit einem Freund oder einer Gruppe davon. - Eine zwischenzeitlich erfolgte 6-wöchige Entziehungskur brachte keine Besserung. - Kürzlich äußerte M., Hilfspfleger für Drogensüchtige werden zu wollen. Er liest sehr viel, u. a. lateinisch. Er kauft sich religiöse Schriften und Bücher, wie z. B. "Das saure Leben". Uber Gott diskutiert er gern.
Im Vergleich zu früher soll seine Intelligenz sehr nachgelassen haben.
An zahlreiche abenteuerliche Episoden im Zusammenhang mit dem weglaufen in Michaels kindheit, an die Tatsachen, daß er in seiner Entwicklung zurückgeblieben, ein sehr schlechter Esser und bis zum 7. Lj. Bettnässer war, erinnert sich die Km lachend. Sie sei stets ruhig gewesen und habe verständnis gehabt.

Fall 18: Dagmar D.
Alleinkind. Frühgeburt. Wegen Nahrungsverweigerung stationär behandelt. Häufig krank. Linkshänderin. Ke im 4. Lj. geschieden. Km labil, vernachlässigte D.; hat inzwischen Vater von D.s neuer Stm geheiratet; beeinflußt D. bei Pflichtbesuchen gegen Stm und Kv.
Erziehung durch Stm hart; Kv (24 Jahre älter als Stm) in

allem nachsichtig; gesellschaftlich ehrgeizig. Durch Eifersucht gespannte Ehesituation. Kv und Stm sind beide Kinder aus geschiedenen Ehen. Eine Schwester des Kv lebt in Nervenheilanstalt. - Sozial gesicherte Familie, 1 1/2-Zimmerwohnung, Kv Techniker.
D. entläuft der 20-jährigen Stm täglich, kommt von der Schule nicht heim. Wird häufig abends in Nähe der elterlichen Wohnung aufgegriffen. Keine Schulschwierigkeiten. Pavor nocturnus. Dranghafte Bewegungsunruhe. Leicht ablenkbar, ohne Ausdauer. Leicht erregbar. Grundstimmung heiter. Bevorzugt Kontakt zu kleineren Kindern. Erbricht die Speisen, wenn sie von Ke zum Essen gezwungen wird.

Während des Klinikaufenthalts keinerlei Weglauftendenz. Gute soziale Kontaktfähigkeit. Erzieherisch leicht lenkbar; motorisch ungesteuert. Ihre starke Vaterbindung äußert D. spontan: "Ich möchte kein Mann werden, sondern eine Frau, damit ich meinen Vater heiraten kann." In den Besuchszeiten verhält sie sich gegenüber der Stm sehr distanziert und beansprucht den Kv massiv mit stets wechselnden Wünschen. Sie versucht die Ke gegen die Klinik zu beeinflussen. So behauptet sie, daß man ihre Sachen stehle und ihre Wünsche nicht anerkenne, worauf insbesondere die Stm mit heftigen Affektausbrüchen reagiert. Andererseits verläßt diese die Station demonstrativ, wenn sie D.s ablehnende Haltung nicht ertragen kann. Auf Vorschläge, das Kind häufiger zu besuchen und sich liebevoll mit ihm zu befassen, um es an ihre Person zu gewöhnen, geht sie nicht ein. - In Abwesenheit der Ke verhält sich D. völlig einwandfrei.
Die Testprüfung nach Binet-Simon-Kramer ergibt formal eine durchschnittliche Intelligenz, während D.s Willensfunktionen deutlich retardiert erscheinen.
EEG: Befund zeigt eine Niederfrequenz aller Potentialschwankungen mit einer Herdbetonung links temporo-occipital. Im Schlaf treten generalisierte Gruppen sehr schneller Abläufe auf.
Neurologischer Befund: Linkshändigkeit bei leichter rechtsseitiger Hemiparese und Spitzfußkontraktur rechts.

Das Symptom Weglaufen erscheint hier als Resultat aus:
1. mangelnder einheitlicher Führung des Kindes im Elternhaus, bedingt durch entgegengesetzte Erziehungsprinzipien von Vater und Stiefmutter, ihre gespannte Ehe und ihren hohen Altersunterschied,
2. den Versuchen der Kindesmutter, Dagmar gegen den Vater und die Stiefmutter zu beeinflussen,
3. der (oben nicht erwähnten) erzieherischen Überaktivität der Stiefgroßmutter und
4. der inzestuösen Vaterbindung mit erheblichen Verwöhnungswünschen bzw. gegenüber der Stiefmutter fixierter Protesthaltung.
Alle diese Faktoren treffen auf eine organisch unterbaute Psycholabilität mit gesteigerter Milieuabhängigkeit.
Stationär: 10 Wochen. Entlassung nach Hause. Empfehlung: Gruppenpsychotherapie des Kindes kombiniert mit systematischer Elternberatung.

Diagnosen: Verhaltensschwierigkeiten; Cerebralschaden; Anomalien der Persönlichkeit; Milieuschaden.

Katamnese (6,7 Jahre) - stabil

Gespräch mit auskunftswilligem, häufig abschweifenden, sehr geltungsbedürftigen Kv, welcher mich nicht in die neue größere Wohnung bittet, weil "alles so durcheinander" sei. Die Stm erscheint nicht. D. befindet sich zur Op. der Spitzfußkontraktur im Krankenhaus.
Nach der Entlassung keine Verhaltensschwierigkeiten mehr. Motorische Unruhe sistiert. Mitglied eines Turnvereins. Weglaufen nicht wiederholt. Kontaktfreudig, hat feste Freundin. Hilft im Haushalt; betreut die inzwischen geborenen beiden Halbbrüder liebevoll während stundenweiser Berufstätigkeit der Stm. Soll körperlich kräftiger geworden sein.

Die Pflichtbesuche bei der Km sind aufgehoben worden.
10 Sitzungen bei der Ehe- und Erziehungsberatung sind erfolgt.(Der Kv berichtet empört, daß dadurch seine Ehe fast zerstört worden wäre und er nur durch lange Aussprachen mit seiner Frau wieder vermittelt habe. Auf Grund seiner Initia-

tive wurde die Beratungsstelle nicht mehr aufgesucht.) - Zusammenfassend besteht der Eindruck, daß die Beratungsgespräche immerhin zu vermehrter Kommunikation der Eheleute führten und damit mehr bewirkten als dem Kv auf Grund seiner Abwehr bewußt ist. Für D. wurde die Konfliktsituation durch Sorgerechtsübertragung an den Kv mit Streichung der Pflichtbesuche bei der Km entscheidend gemildert. Die StGm wurde aus der Erziehung ausgeschaltet. Ihre motorische Überaktivität kann D. im Turnverein kompensieren. In der Gemeinschaft und durch ihre Fürsorge gegenüber den jüngeren Halbbrüdern fühlt sie sich bestätigt - auch von der Stm - und hat damit ihren festen Platz in der Familie. Die inzestuöse Vaterbindung mag weiterhin bestehen, offenbart sich zumindest nicht mehr als familiärer Störfaktor.

DANKSAGUNG

Herr Professor Dr. med. Gerhard KUJATH, der als Leiter der psychomedizinischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik (Kaiserin Auguste Victoria Haus) Berlin-Charlottenburg diese Arbeit angeregt und in freundlichster Weise unterstützt hat, starb kurz vor der Eröffnung des Promotionsverfahrens.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Gerhardt NISSEN, Ärztlicher Direktor der Städtischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Wiesengrund), Berlin-Hermsdorf für die Übernahme der Arbeit und für seine wertvollen Hinweise.

LEBENSLAUF

Am 15. 12. 1943 wurde ich als Tochter des technischen Kaufmanns Werner Puller und dessen Ehefrau Dorothea Puller, geb. Metz, in Berlin-Treptow geboren. Ich besuchte die Grundschule, das Gymnasium bis zur mittleren Reife und die höhere Wirtschaftsschule in Berlin. Ab 1961 war ich als Lehrstuhlsekretärin an der Technischen Hochschule Braunschweig und der Technischen Universität Berlin tätig. 1967 erwarb ich auf dem Berliner Abendgymnasium die Hochschulreife und studierte anschließend an der Freien Universität Berlin Humanmedizin. Nach dem Staatsexamen 1973 arbeitete ich als Medizinalassistentin 4 Monate in der Universitätskinderklinik (Kaiserin Auguste Victoria Haus) Berlin-Charlottenburg (Abteilung für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder), 4 Monate in der Inneren Klinik (Abteilung für Cardiologie) am Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin und 4 Monate im Zentrum für Chirurgie (Kinderchirurgie und Traumatologie) der Universitätskliniken Frankfurt/Main. Am 15. 10. 1974 erhielt ich die Approbation. Von November 1974 bis März 1975 war ich als wissenschaftliche Assistentin in der Augenklinik (Kinder- und Netzhautstation) am Klinikum Steglitz tätig.